

Krebs und seine Metaphern in der Psychotherapie mit
onkologischen Patientinnen und Patienten —
Ein gestalttheoretischer Ansatz

Irene Agstner

Zusammenfassung

Sowohl die medizinische als auch die psycho-onkologische Sprache ist im Umgang mit Krebserkrankungen von martialischen Metaphern geprägt. In der Thesis wird dargestellt, welche Folgen diese einseitige und von Gewalttermini durchsetzte Sprache auf Patientinnen und Behandlerinnen hat. Anschließend wird für den Umgang mit Krebserkrankungen eine auf gestalttheoretischen Grundlagen basierende, alternative „Leitmetapher“ vorgestellt.

In der ausführlichen Besprechung von sechs Fallvignetten wird gezeigt, welche Möglichkeiten diese alternative Metapher in der psychotherapeutischen Arbeit mit onkologischen Patientinnen und Patienten eröffnet.

Durch die Konfrontation mit und nachfolgende Integration der von den Krebsmetaphern „verkörpert“ Persönlichkeitsanteilen, kann es den Patientinnen und Patienten über Stärkung der Eigenverantwortlichkeit und des Vertrauens gelingen, einen selbstbestimmteren Umgang mit der Erkrankung zu entwickeln. Es wird ihnen dadurch ermöglicht, sich nicht nur als passiv Erduldende zu erleben, sondern auch als aktiv am Behandlungsgeschehen Beteiligte.

Abstract

Medical and psycho-oncological discourses alike are marked by martial metaphors in dealing with malignant diseases. This thesis investigates the consequences patients experience in terms of such one-sided language interspersed with violent terminology. Subsequently, an alternative „guiding metaphor“, based on Gestalt Theory, is introduced for managing cancer.

A detailed discussion of six case vignettes elaborates the opportunities this alternative metaphor may institute in psychotherapy as offered to oncology patients.

By confronting and subsequently integrating the parts of the personality “embodied” by the cancer metaphors, patients may succeed, with reinforced self-responsibility and confidence, to develop a more self-determined way to deal with their disease. They are thus invited and enabled to become actively involved, not just passively agonizing personalities. (Translation Karl Thomanek)

Inhalt

1	Einleitung	9
2	Theoretische Aspekte	13
2.1	<i>Psycho-Onkologie</i>	13
2.1.1	Krebs in unserer Gesellschaft	13
2.1.2	Definition Psycho-Onkologie	13
2.1.3	Ein kurzer geschichtlicher Abriss über die Entwicklung der Psycho-Onkologie	14
2.1.4	Warum Psychotherapie mit Krebskranken?	15
2.1.5	Kritik an der im Umgang mit Krebs verwendeten Sprache	17
2.2	<i>Die Metapher</i>	20
2.2.1	Kurze Einführung in die Metapherntheorie nach Lakoff & Johnson	20
2.2.2	Metapher aus gestalttheoretischer Sicht	23
2.2.3	Metapher und Handlung	24
2.2.4	Metaphern in den Kontexten der Psychotherapie, Medizin und Psychoonkologie	26
2.2.4.1	Metaphern in der Psychotherapie	26
2.2.4.2	Metaphern in der Medizin	28
2.2.4.3	Metaphern im Kontext der Psycho-Onkologie	32
2.2.5	Über das „Böse“	38
2.2.6	Ein alternatives Modell: Krebszellen sind krank	40
2.3	<i>Gestalttheoretische Grundlagen</i>	42
2.3.1	Erkenntnistheorie - Der Kritische Realismus	42
2.3.2	Verhältnis Mensch - Welt	43
2.3.3	Isomorphie-Annahme	46
2.3.4	Prägnanztendenz, Tendenz zur guten Gestalt	47
2.3.5	Psychologie als Feldtheorie	48
2.3.5.1	Der Begriff Lebensraum	48
2.3.5.2	Differenzierung des Lebensraumes	49
2.3.5.3	Deskriptionsdimensionen des Lebensraumes	50
2.3.5.4	Historische und systematische Erklärungsweise	51
2.3.6	Psychosomatik	52
2.3.7	Menschenbild (Grundzüge) der Gestalttheoretischen Psychotherapie	54

3	Empirischer Teil	57
3.1	<i>Methodik</i>	59
3.2	<i>Falldarstellungen</i>	59
3.2.1	Herr Winter	59
3.2.2	Herr Engl	63
3.2.3	Frau Schmid	67
3.2.4	Frau Wolf	71
3.2.5	Herr Olmert	73
3.2.6	Frau Nobile	75
3.3	<i>Zusammenfassung</i>	77
4	Resümee	79
	Literatur	85

Meinen Patientinnen und Patienten

1 Einleitung

Den Ausgangspunkt meiner Arbeit bildete meine Auseinandersetzung mit dem Begriff der „Bösartigkeit“ im Zusammenhang mit Krebserkrankungen. Laut Medizin gibt es mehr oder weniger „böartige“ Tumore, mehr oder weniger „aggressive“ Krebsarten. Und ich fragte mich, welche Wirkung es auf mich hätte, würde ich damit konfrontiert, etwas „Bösartiges“ in mir zu haben, welche Assoziationen dieses Wort hervorruft, welche Reaktionen es provoziert. In weiterer Folge achtete ich vermehrt darauf, mit welchen Worten, in welchen Bildern und Metaphern in der Medizin und in psycho-onkologischen Büchern über diese Krankheit gesprochen wird, welche Bilder in mir durch diese Sprache hervorgerufen werden.

So wurde die Idee geboren, die Krankheitsbilder meiner onkologischen Patientinnen* mit der Methode der Visualisierung und mit katathymem Bilderleben näher zu betrachten. Dies sollte nicht „nur“ im Hinblick auf „subjektive Krankheitstheorien“ geschehen, sondern auch ganz explizit im Hinblick auf die Frage, wie Patientinnen sich ihren Krebs „konkret“ in seiner „materiellen Verkörperung“ vorstellen. Diese Visualisierungen reichen von einer sehr medizinisch (realitätsnahen?) geprägten Vorstellung (sieht so aus, wie ich es am Röntgenbild gesehen habe) bis zu sehr phantastischen Vorstellungen (mein Krebs ist ein schwarzes Monster, das über mir schwebt). Sinn dieser Art der Auseinandersetzung mit dem Krebs ist es, ein Stück des Gefühls der Kontrolle zurückzugewinnen, das Patientinnen nach einer Krebsdiagnose oft verloren haben. Zu erleben, dass Möglichkeiten der Aktion und Reaktion in Bezug auf den Krebs bestehen und die Erkrankung nicht nur eine Situation des hilflosen Ausgeliefertseins oder des passiven Erduldens darstellt.

Im psychotherapeutischen Kontext ist es alltäglich durch die Hinterfragung oder auch Beleuchtung von verwendeten Metaphern vorbewusste oder auch unbewusste Gedanken und/oder Gefühle ins Licht des bewussten Seins zu holen, in dem sie betrachtet, (neu) bewertet und/oder auch modifiziert/verändert werden können, um dann wieder eventuell ins Vor- oder Unbewusste absinken zu können, von wo aus sie weiterhin wirken. Es wird als selbstverständlich angesehen, dass (auch) mittels Metaphern die eigene (phänomenale) Welt ausgedrückt wird.

* Um den Lesefluss durch schwierige Schreibweisen nicht zu behindern, benutze ich nur die weibliche Form. Selbstverständlich sollen damit Personen jeglichen Geschlechts gemeint sein.

Was im „privaten“ Bereich der Psychotherapie selbstverständlich war, existierte in der „öffentlichen“ wissenschaftlichen Welt offiziell gar nicht. Metaphern hatten einen schlechten Ruf: Sie waren in Rekurs auf Aristoteles als rhetorisches Stilmittel erlaubt, hatten aber in einem wissenschaftlichen Diskurs keinen Platz. Bis Lakoff & Johnson 1980 in ihrem Buch „Metaphors we live by“ aufzeigten, dass Denken ohne Verwendung von Metaphern gar nicht möglich ist. Sie bewiesen, dass selbstverständlich auch jeder wissenschaftliche Text von Metaphern durchdrungen ist, ja auf unbewusst verwendeten Metaphern gründet. Sie zeigten, dass die für einen speziellen Sachverhalt (auch - oder gerade - die unbewusst) verwendeten Metaphern bestimmte Aspekte desselben beleuchten, andere verdunkeln; bestimmte Schlußfolgerungen ermöglichen, andere verhindern; einen bestimmten Umgang damit hervorrufen, einen anderen verbieten; kurz: dass die verwendeten Metaphern das Denken strukturieren und determinieren und plädierten dafür, mittels der Analyse der (unbewusst) verwendeten Metaphern das ihnen inne wohnende implizite Potential nutzbar zu machen. Sie begründeten die sogenannte „Metaphernanalyse“, einen sehr fruchtbaren qualitativen Forschungsansatz, der seither in vielen sozialwissenschaftlichen und sprachwissenschaftlichen Arbeiten Anwendung findet.

Ich werde in dieser Arbeit keine Klassifizierung (im Sinne der Metaphernanalyse) der verwendeten Metaphern erarbeiten (siehe dazu Teucher 2003 aber auch Skott 2002, Reisfield & Wilson 2004, Penson et al. 2007) sondern werde eine auf gestalttheoretischen Prinzipien basierende, alternative „Leitmetapher“ für das Krebsgeschehen vorstellen und anhand selbst geleiteter Therapiestunden eine phänomenologische Darstellung der Möglichkeiten präsentieren, die diese alternative „Leitmetapher“ bietet.

Der Aufbau der Arbeit gliedert sich folgendermaßen: Im ersten Kapitel wird der Begriff der Psychoonkologie definiert und die Entwicklung dieser Wissenschaft und ihre Anwendungsbereiche kurz skizziert.

Das zweite Kapitel beschäftigt sich mit dem Thema „Metapher“. Zunächst erfolgt eine kurze Einführung in die Metapherntheorie nach Lakoff & Johnson und der Versuch, die Wirkungsweise der Metaphern aus gestalttheoretischer Perspektive zu erklären. Anschließend werde ich auf den unterschiedlichen Stellenwert der Metaphern in den Disziplinen der Psychotherapie, Medizin und Psychoonkologie eingehen. Im Bereich der Psychoonkologie stehen natürlich die Metaphern für „den Krebs“ im Fokus der Betrachtung. Nachfolgend werde ich eine alternative „Leitmetapher“ für die Arbeit mit onkologischen Patientinnen vorstellen.

Eigentlich müsste die Thesis mit dem jetzigen dritten Kapitel „Gestalttheoretische Grundlagen“ beginnen, da diese Grundlagen den ganzen Text mehr oder weniger deutlich erkennbar durchziehen. Ich habe dieses Kapitel an das Ende des theoretischen Teiles verlegt, um die gestalttheoretischen Erklärungen in der Besprechung der empirischen Fälle leichter nachvollziehbar zu machen.

Im empirischen zweiten Teil der Thesis werde ich anhand einiger von mir geleiteter Therapien mit sechs onkologischen Patientinnen und Patienten zeigen, welche Möglichkeiten es in und mit der Arbeit mit „Krebsmetaphern“ gibt und wie diese zur Stärkung im Umgang mit der Erkrankung genutzt werden können.

Im abschließenden Resümee werde ich den auf gestalttheoretischen Prinzipien beruhenden Paradigmenwechsel in der Bewertung des Krebsgeschehens nochmals kurz zusammenfassen und die Möglichkeiten und Ressourcen darlegen, die darin sowohl für Patientinnen als auch deren Behandlerinnen (jeglichen Gesundheitsberufes) liegen.

2 Theoretische Aspekte

2.1 Psycho-Onkologie

2.1.1 Krebs in unserer Gesellschaft

Krebs ist nach Herz-Kreislauf-Todesfällen die zweithäufigste Ursache an Todesfällen in Österreich, wie nahezu in der gesamten westlichen Welt. In Österreich wurde im Jahre 2000 bei 35.152 Personen erstmals eine Krebserkrankung diagnostiziert, 18.749 Personen starben im Jahr 2000 an oder mit ihrer Erkrankung (Statistik Austria 2004). Doch, aus medizinischer Sicht gibt es DEN Krebs nicht. Unter diesem Überbegriff werden über 100 verschiedene Erkrankungen zusammengefasst, die mehr oder weniger miteinander vergleichbar sind.

2.1.2 Definition Psycho-Onkologie

Unter dem Begriff ‚Psychoonkologie‘ wird ein Teilgebiet der Onkologie verstanden, welches charakterisiert ist durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Fachgebiete wie Medizin, Psychologie, Psychiatrie, Psychosomatik, Soziologie und Ähnliches. Sie umfasst verschiedene Berufsgruppen wie Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Kunsttherapeuten usw. [...].

Gegenstand der Psychoonkologie sind die Wechselwirkungen zwischen körperlichen, seelischen und sozialen Einflüssen in der Entstehung und im gesamten Verlauf einer Krebserkrankung [...]. Aufgabe der Psychoonkologie ist es, diese Wechselwirkungen wissenschaftlich zu untersuchen und die entsprechenden Erkenntnisse in der Prävention, Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation von Patienten zu nutzen und umzusetzen. (Weis et al. 2007, S. 186)

Die Psycho-Onkologie versteht sich als Lehre von den psycho-sozialen Begleitumständen einer Krebserkrankung. Dazu gehören z. B. Diagnoseschock, Copingverhalten, Lebensqualität, soziale Probleme, Umgang mit diagnosespezifischen Symptomen u.v.a.m. An diesen aufgezählten Punkten zeigt sich, dass die Psycho-Onkologie interdisziplinär, fächer- und berufsgruppenübergreifend sein muss. Ihre Praxisfelder sind die Prävention, die Akutbehandlung und die Nachsorge, wobei der überwiegende Teil psycho-onkologischer Tätigkeit in der Akutbehandlung und Nachsorge liegt (Küchler 2003).

2.1.3 Ein kurzer geschichtlicher Abriss über die Entwicklung der Psycho-Onkologie

Die westliche Schulmedizin hat mit ihrem physiologisch-biochemischen Blick auf den Körper enorme Fortschritte in der Ursachenforschung und damit auch in der Behandlung vieler Krankheiten erzielt. Sehr vielen früher unheilbaren Krankheiten konnte dadurch der Schrecken genommen werden und sie wurden gleichzeitig „entmythologisiert“ - wie z. B. Susan Sontag in ihrem Essay „Krankheit als Metapher“ über die TBC schreibt.

Im Hinblick auf die hier zu behandelnde Krankheit, das weite Feld der onkologischen Erkrankungen, gibt es, wie im Fall der TBC, auch eine sehr bewegte Geschichte in der „mythologischen“ Auseinandersetzung mit den möglichen Ursachen dieser Erkrankungsform. Schon von frühester Zeit an wurden Krebserkrankten psychische Seinsweisen „zugeordnet“. Ein Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und der Erkrankung an einem „bösartigen“ Tumor wird seit der Antike (Hippokrates, Galenus) betont. War es bei Galenus noch die „Melancholie“, die den Krebs auslöste, galt Krebs in der Zeit nach der industriellen Revolution als Folge seelischer Überlastung. Nach 1920 setzte ein wahrer Forschungsboom ein, bei dem einerseits die neu entwickelten psychologischen Testverfahren zum Einsatz kamen, andererseits aber auch die Erkenntnisse aus der Psychoanalyse fruchtbar genutzt werden wollten. Von vielen Autoren wurden Krebskranken übereinstimmend folgende Eigenschaften zugeschrieben: depressiv, antriebsgehemmt, emotional gestört, unfähig, eigene Interessen zu verfolgen, Ärger zu empfinden und auszudrücken.

Diese Ergebnisse führten zur Gründung einer neuen „Wissenschaft“, der Psycho-Onkologie. Sie machte es sich in den 70er und 80er Jahren des 20. Jahrhunderts zur Aufgabe, die „Krebspersönlichkeit“, den Typ C (C für carcinomatosus) zu finden. Nachdem die Schulmedizin immer wieder von „Durchbrüchen in der Krebsbehandlung“ berichtet hatte, die sich als überzogene Versprechen herausstellten, wollte die Psycho-Onkologie als große Siegerin über die „Geisel Krebs“ hervorgehen. Viele Studien wurden gemacht, in denen nach bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen, psychischen Besonderheiten gesucht wurde, die man als prognostische Faktoren hätte heranziehen wollen - doch erwiesen sich diese Studien alle als nicht aussagekräftig (vgl. dazu Meerwein & Bräutigam 1998). Somit scheiterte auch das große Projekt der Psycho-Onkologie und sie zog sich auf andere Bereiche zurück - zunächst auf Fragen der positiven Beeinflussung der Überlebenszeit durch psycho-onkologische Maßnahmen - und nachdem auch hier keine

signifikanten Ergebnisse erzielt werden konnten, auf Fragen der Steigerung der Lebensqualität und Krankheitsbewältigung. Zu den nicht signifikanten Ergebnissen in Bezug auf die Verlängerung der Lebenszeit muss gesagt werden, dass bisher aufgrund des komplexen Themas und der vielen einfließenden sowohl somatischen als auch psychischen Faktoren noch kein Studiendesign entwickelt werden konnte, mit dem die Wirksamkeit der psycho-onkologischen Maßnahmen nachgewiesen werden konnte (Faller 2001). Die psycho-onkologische Forschung sieht sich gezwungen, die Standards der klinisch-medizinischen „naturwissenschaftlichen“ Forschung anzuwenden, von denen fraglich ist, ob sie überhaupt dem Forschungsgegenstand der Psycho-Onkologie (oder Psychotherapie allgemein) angemessen sind (Kiene 2001; Kiene, Hamre & Kienle 2004).

2.1.4 Warum Psychotherapie mit Krebskranken?

Ursprünglich hatte die Psychotherapie mit Krebskranken die Heilung der Krankheit in den Mittelpunkt ihrer Aufgabe gestellt. Wenn die Medizin keinen eindeutigen physiologischen Grund für die Erkrankung finden konnte, dann musste es wohl eine andere - eine psychisch-kausale Ursache geben und die konnte natürlich nur mittels psychotherapeutischer Methoden behoben werden.

Ein erstes wichtiges Buch in diesem Zusammenhang ist Lawrence LeShan's „Psychotherapie gegen Krebs“ (1977), in dem er sein Konzept der „Lebensmelodie“ darstellt. Nach LeShan hat jeder Mensch eine eigene „Lebensmelodie“, nach der er sein Leben leben sollte. Wird dies aus welchen Gründen auch immer verunmöglicht, entsteht Krebs. Diese Krankheit kann demnach geheilt werden, indem diesem Menschen geholfen wird, 1) die eigene „Lebensmelodie“ zu entdecken und 2) eine Möglichkeit zu finden, nach dieser „Melodie“ zu leben.

Eine Reihe weiterer Bücher und Erklärungsansätze folgten, die der Erkrankung auf die Spur kommen wollten (Überblick in Meerwein & Bräutigam 1998, S. 20ff.), und Methoden wurden entwickelt, die die Selbstheilungskräfte stärken sollten, wie z. B. die Simonton-Methode (Simonton et al. 1982). Doch wie schon oben erwähnt, konnten in Studien diese Hypothesen nicht verifiziert werden.

Mittlerweile geht man in der (Psycho-)Onkologie bei der Krebsentstehung von einem multifaktoriellen Geschehen aus, an dem biologische, soziale und psychische Faktoren beteiligt sind. Somit sollte auch der Heilungsprozess von diesen drei Ebenen aus beeinflussbar sein. Die Wirkung des seelischen Befindens auf die Krebsentstehung wird

in den psychoneuroimmunologischen Forschungen dadurch erklärt, dass das psychische Erleben nachweislich Einfluss auf die Aktivität des Immunsystems hat, das wiederum das Krebsgeschehen beeinflusst (Mediationshypothese von Bovbjerg 1994). Man nähert sich einem systemischen oder auch ganzheitlichen Blick auf das Krankheitsgeschehen und wird damit wahrscheinlich der Wirklichkeit ein Stück mehr gerecht.

Aus gestalttheoretischer Perspektive kann dieser Entwicklung nur zugestimmt werden:

Man kann sich die Wechselwirkung zwischen unserem Innersten [der Seele, Anm. IA] und unserem Leib nicht innig genug vorstellen. Unser Innerstes ist zwar gegenüber dem Leib als Sonderbereich mehr oder weniger stark abgegrenzt; gleichwohl bildet es mit ihm zusammen ein dynamisch aufs engste, und zwar auf vielerlei Weise, kommunizierendes Ganzes, in welchem der Zustand jedes Teils und jeder Stelle von den Zuständen an allen anderen Teilen und Stellen mitgetragen wird und seinerseits mitträgt, sodaß grundsätzlich nirgends etwas sich ändern kann, ohne daß es an jedem anderen Teil des Ganzen Folgen hat. Leib und Seele stehen, mit anderen Worten, im Gestalt-Zusammenhang. [...] Unter der Voraussetzung, daß Leib und Seele im Gestalt-Zusammenhang stehen, sind körperliche Wirkungen seelischer Ereignisse grundsätzlich ebenso zu erwarten wie die bekannten seelischen Wirkungen bestimmter Stoffe, die man dem Körper einverleibt: daß Schnaps albern und unbeherrscht, Kaffee wach und schlagfertig macht, und dgl. mehr. (Metzger 1986, S. 247)

Bei den Studien zum Typ C wurde unter anderem bemängelt, dass nicht bestimmt werden könne, ob die beschriebenen Persönlichkeitsmerkmale (wie Depressivität, unterdrückte Aggression, Verleugnung und Verdrängung, ...) *Ursache* oder *Folge der Erkrankung* seien. Ich sehe die eigentliche primäre Aufgabe, die Psychotherapie in der Arbeit mit Krebskranken erfüllen kann und sollte: Die Patientinnen darin zu (unter)stützen, die Auswirkungen der Diagnose einer lebensgefährlichen Erkrankung handhabbar(er) zu machen. Die Krebsdiagnose stellt eine schwere Erschütterung im Leben der Betroffenen dar, Nikolaus Gerdes (1984) spricht z. B. von dem „Sturz aus der normalen Wirklichkeit“, und in neueren Publikationen zum Thema Psychotherapie und Krebs werden die traumatisierende Wirkung der Diagnose (und oftmals auch der medizinischen Behandlungen) und die verschiedenen posttraumatischen Formen der Bewältigung in den Mittelpunkt gerückt (z. B. Pröpfer 2007).

Einer Krebsdiagnose folgt sehr oft das Gefühl von Kontrollverlust. Die Illusion einer in allen Punkten planbaren Lebensgestaltung, die Vorstellung von dauerhafter Konservierung des Erreichten unter Einsatz aller verfügbaren psychischen, physischen und materiellen Ressourcen wird zerstört. Der Körper, welcher stets verlässlich und

erwartungsgemäß funktioniert hat, macht in „aggressiver“ Weise auf sich aufmerksam. Er präsentiert sich als Feind, der möglicherweise über Jahre hinweg Gesundheit vorgetäuscht, doch Krankheit genährt hat. Der Körper - ein Ort der Heimtücke und Niedertracht. Der Gedanke an die Endlichkeit des Lebens gewinnt neue, furchteinflößende Dimensionen. Viele Überlegungen sind geprägt von einer schablonenhaften, oft extreme Positionen einnehmenden Denkweise. Einige Patientinnen gewinnen mit zunehmender Erfahrung im Umgang mit der Krankheit eine differenzierte Sichtweise, andere benötigen darin jedoch psychotherapeutische Unterstützung. Immer wieder gibt es Phasen, in denen die Angst sehr großen Raum einnimmt und/oder im Zuge dieser Phasen noch andere Themen/Probleme virulent werden.

2.1.5 Kritik an der im Umgang mit Krebs verwendeten Sprache

Ich möchte mich nicht mit den verschiedenen psycho-onkologischen Ätiologiemodellen beschäftigen, sondern ich möchte einen Schritt zurück gehen und mich der Phänomenologie der Krebserkrankung widmen, mit der im Umgang mit dieser Erkrankung verwendeten Sprache, mit den ausgesprochenen und unausgesprochenen Implikationen, die mit ihr verbunden sind, und wie diese auf uns alle und besonders auch auf an Krebs erkrankten Personen wirken.

Wie Susan Sontag in ihrem Essay ausgeführt hat (1978), bedient sich die Medizin (nicht nur) im Umgang mit Krebserkrankungen einer martialischen und kriegerischen Sprache. Diese Sprache spiegelt sich natürlich auch im alltäglichen Sprachgebrauch wider. Ich denke, dass es angesichts einer lebensbedrohlichen Krankheit auch nicht verwunderlich ist, wenn sich viele einer drastischen Sprache bedienen. Doch möchte ich meinen Zweifel bezüglich der Förderlichkeit äußern. Ich möchte sogar noch weiter gehen und behaupten, dass das Verwenden einer kriegerischen Sprache schädlich ist. 1) Schädlich für die einzelnen Betroffenen, die dazu angehalten werden, gegen den Krebs zu kämpfen (gegen wen kämpfen sie da eigentlich?). 2) Schädlich im gesellschaftlichen Sinn, weil diese Sprache „die paradigmatische Bedeutung, welche die Krebskrankheiten als Repräsentanz der Krankheit und u. U. des Sterbens des heutigen Menschen überhaupt haben“ (Meerwein & Bräutigam 1998, S.13) festschreibt. 3) Schädlich schließlich für die in den Bereichen der Medizin und Forschung arbeitenden Menschen, da ihnen eine bestimmte Einstellung und Sichtweise durch diese Sprache „aufgezwungen“ wird.

Wie schon oben angedeutet, zeigt sich meiner Meinung nach hinter dieser kriegerischen Sprache die Angst vor dieser „un(be)greifbaren“ Krankheit. Die „Medizin“ ver-

sucht nicht, das Geschehen wertfrei zu beschreiben, sondern schreibt den Krebszellen Eigenschaften zu, wie z. B. „boshaft und heimtückisch“ und unterstellt ihnen auch die Fähigkeiten, „strategisch“ zu handeln. Dadurch sind wir nicht mehr in der Lage, „*nur*“ eine Krankheit zu sehen, sondern wir sehen einen Feind, der uns töten will und gegen den wir uns wehren müssen. Entweder Er oder Ich. So wird die Angst geschürt und eine Spirale der Gewalt (und Gegengewalt) entsteht. Es geht um Auslöschung, Vertilgung, Ausmerzungen, Vernichtung. Ich habe plötzlich das Böse in mir und muss dagegen ankämpfen. Gegen einen Feind, der übermächtig wirkt - der auf stillen Sohlen daherkommt und mich jäh überfällt. Und in weiterer Folge, weil ich glaube, nichts gegen ihn aufzubieten zu haben, lasse ich die Medizinerinnen kämpfen. Stelle schlimmstenfalls meinen Körper als Kriegsschauplatz zur Verfügung: die moderne Medizin gegen den Krebs.

Ich möchte für meine These gern ein Beispiel anführen. Carl Simonton versucht in seinem Buch, dem Krebs seine Übermacht zu nehmen. Auf Seite 46f. schreibt er:

Viele von uns [...] haben [...] von den Schrecken der Krebserkrankung gehört, und so sind sie der Meinung, es handle sich um einen starken, widerstandsfähigen Eindringling, der imstande ist, den Körper restlos zu vernichten. Die biologische Beschaffenheit der Tumorzelle steht indes im Widerspruch zu dieser Auffassung: In Wirklichkeit ist sie schwach und unsicher.

Die Beruhigung, dass wir es mit schwachen und unsicheren Zellen zu tun haben, hält indes nur wenige Zeilen an, denn dann kann man lesen:

Handelt es sich um bösartige, maligne Zellen, gehen Umwandlungen in ihnen vor, die es ihnen ermöglichen, sich sehr schnell zu vermehren und das angrenzende Gewebe zu durchdringen. Während zwischen normalen Zellen eine Art „Kommunikation“ besteht, die ihre übermäßige Vermehrung verhindert, sind maligne Zellen derart ungeordnet, daß sie nicht auf die Kommunikation der umliegenden Zellen ansprechen und sich rücksichtslos auszubreiten beginnen. [...] In schweren Fällen brechen maligne Zellen aus der Muttergeschwulst aus und lassen sich in andere Teile des Organismus treiben, wo sie sich irgendwo festsetzen und sich ebenfalls zu vermehren und damit neue Tumoren zu bilden beginnen. (Simonton et al. 1982, S. 47f.)

Hier gibt es keinen Platz der Ruhe mehr, zu diesem Zeitpunkt kann man nur noch kämpfen und die Frage steht im Raum, ob man gegen die Gewebe-durchdringenden, rücksichtslosen und planvoll handelnden Zellen überhaupt eine Chance hat.

Auch in seinen Anleitungen zu den Visualisierungsübungen im Umgang mit Krebs bleibt Simonton der Kriegsmetaphorik treu, obwohl er im Umgang mit anderen Krankheiten oder Schmerzen im selben Buch auch andere Strategien kennt, so z. B. die „Unterredung mit dem Schmerz“. Möglicherweise definiert er die Krebserkrankung für sich

persönlich in einer Weise, die eine „Unterredung“ mit dieser Krankheit als unzumutbar erscheinen lässt. Folgerichtig kann dies somit auch nicht von der Patientin verlangt werden. Es bleibt bei einem martialischen Feldzug gegen die Erkrankung.

Ich behaupte nicht, dass man gegen Krebs nicht kämpfen soll oder darf. Es gibt Phasen, wo dies notwendig ist. Aber es darf nicht als einzige Möglichkeit des Umgangs mit der Erkrankung präsentiert werden, und das geschieht meiner Meinung immer noch viel zu oft. Mehr dazu im folgenden Kapitel.

2.2 Die Metapher

2.2.1 Kurze Einführung in die Metapherntheorie nach Lakoff & Johnson

Die klassische Definition des Begriffes der Metapher finden wir bei Aristoteles:

Metapher ist die Übertragung eines [fremden] Wortes (das somit in uneigentlicher Bedeutung verwendet wird), und zwar entweder von der Gattung auf die Art oder von der Art auf die Gattung oder von einer Art auf eine andere, oder nach den Regeln der Analogie. [...] Unter einer Analogie verstehe ich eine Beziehung, in der sich die zweite Größe zur ersten verhält wie die vierte zur dritten. Dann verwendet der Dichter statt der zweiten Größe die vierte oder statt der vierten die zweite. [...] Oder: das Alter verhält sich zum Leben, wie der Abend zum Tag; der Dichter nennt also den Abend ‚Alter des Tages‘ oder, wie Empedokles, das Alter ‚Abend des Lebens‘ oder ‚Sonnenuntergang des Lebens‘. (Aristoteles 1982, 67f., 1457b)

In zeitgemäßen Worten ausgedrückt:

Die Metapher ist eine rhetorische Figur, bei der ein Wort nicht in seiner wörtlichen Bedeutung, sondern in einer übertragenen Bedeutung gebraucht wird und zwar so, dass zwischen der wörtlich bezeichneten Sache und der übertragen gemeinten eine Beziehung der Ähnlichkeit besteht. (<http://de.wikipedia.org/wiki/Metapher>, 31.01.2007)

Sowohl bei Aristoteles als auch in der Definition, die bei Wikipedia zu finden ist, ist die Metapher ein bewusst genutztes Stilmittel der Rhetorik oder des Sprechens allgemein. Doch Lakoff & Johnson, zwei Vertreter der Kognitiven Linguistik, haben in ihrem Buch „Leben in Metaphern“ (2003) gezeigt, dass Metaphern nicht nur ein Stilmittel sind, sondern dass unser ganzes Denken von Metaphern geprägt ist, dass „die Metapher unser Alltagsleben durchdringt, und zwar nicht nur unsere Sprache, sondern auch unser Denken und Handeln.“ (S. 11) So ist z. B. die *konzeptuelle Metapher* eine Metapher, nach der wir in unserer Kultur leben, die unsere Handlungen strukturiert, die determiniert, wie wir an eine bestimmte Sache herangehen. Beispiele für konzeptuelle Metaphern sind „Argumentieren ist Krieg“, „Zeit ist Geld“. Hierbei werden die Metaphern natürlich nicht mehr (nur) bewusst als solche eingesetzt, sondern sie stellen (meist unbewusste) Regeln für unser Denken und Handeln dar (S. 12).

Lakoff & Johnson zeigen, dass jede Metaphorik bestimmte Aspekte eines Sachverhaltes ins Licht rückt, andere jedoch gleichzeitig verdunkelt. Es geht darum, zu analysieren, welche Werte, Ziele, Normen von einer Metapher in den Blickpunkt gerückt bzw. erzeugt werden und als Gegenpunkt, welche Denk- und Handlungsspielräume von dieser Metapher nicht thematisiert oder sogar verdeckt werden. So impliziert z. B. die

konzeptionelle Metapher „Zeit ist Geld“ die Aussage, dass Zeit ein kostbares Gut ist. Wir können im Rahmen dieser Metapher mit der Zeit verschwenderisch umgehen oder sparen, sie produktiv nutzen, die Zeit arbeiten lassen, Zeit verschenken, jemandem Zeit leihen usw. Was jedoch durch diese Metapher verborgen wird, ist die Begrenztheit und Endlichkeit der uns zur Verfügung stehenden Zeit, die Tatsache, dass wir Zeit nicht auf ein Sparbuch legen können, um sie dann, wenn wir sie brauchen, einfach abzuheben. Ich kann nicht heute Zeit sparen, um am Ende meines Lebens mehr davon zu haben. Die Tatsache der Endlichkeit unseres Lebens wird durch die Metapher „Zeit ist Geld“ ausgeblendet.

Der Theorie von Lakoff & Johnson nach sind Metaphern nicht primär Ausdruck der Sprache, sondern vielmehr Ausdruck des Denkens und der Konstruktion von Wirklichkeit. Dies stellt für Psychotherapeutinnen in diesem Sinne vermutlich keine überwältigende Neuigkeiten dar. Doch Lakoff & Johnsons Verdienst ist das Aufzeigen und Herausarbeiten unseres fundamental metaphorisch strukturierten Denkens, welches sich nicht nur im „Alltagsdenken“, sondern auch in jedem wissenschaftlichen Diskurs zeigt.

Nun stellen Lakoff & Johnson sich natürlich die Frage nach der Grundlage unserer Konzepte, d. h. ob wir über Konzepte verfügen, die wir unmittelbar begreifen können:

Wir behaupten, dass der größte Teil unseres normalen Konzeptsystems metaphorisch strukturiert ist; das heißt, dass wir die meisten Konzepte partiell von anderen Konzepten her verstehen. Diese Annahme wirft die interessante Frage auf, worin unser Konzeptsystem gründet. Haben wir überhaupt Konzepte, die direkt - also ohne Zuhilfenahme der Metapher - verstehbar sind? (2003, S. 70)

Ihre These ist, dass sich die ersten, wichtigsten und somit grundlegenden Konzepte (Basis-Konzepte) aus der Körperlichkeit unseres Daseins ergeben. Lakoff & Johnson schreiben, dass die einfachen Raumkonzepte, wie *oben-unten*, *vorne-hinten*, *innen-aussen*, *nah-fern*, die wichtigsten Vertreter für Konzepte sind, die wir direkt verstehen können. Und sie führen Beispiele an, wie wir Begriffe des Nichtphysischen in Begriffen des Physischen konzeptualisieren, wie „wir das weniger scharf Konturierte in Begriffen des schärfer Konturierten konzeptualisieren“ (S. 73). Im Folgenden ein Beispiel für die sogenannte *Gefäßmetapher*:

- Hermann ist in der Küche.
- Hermann ist im Kirchenchor.
- Hermann ist in Rage.

Metaphern werden also oft in dem Sinn verwendet, dass neue Erfahrungen im Licht von bereits bekannten interpretiert werden. Lakoff & Johnson zeigen, dass die

Erfahrungsbereiche, für die metaphorische Modelle entwickelt werden, normalerweise eher abstrakt sind, während die Analogie, die als erklärender Faktor dient, sehr konkret ist.

Bei der Bildung von Metaphern werden ursprünglich sinnliche Erfahrungen (z. B. die Erfahrung von Wasser, das man trinken, in dem man schwimmen kann) auf abstrakte Inhalte (z. B. Geld, Stromkreislauf) nach dem Prinzip der Analogiebildung übertragen. Damit wird über die metaphorische Übertragung eine spezifische Erlebnisqualität wie auch eine kognitive Struktur vermittelt, die abstrakte Sachverhalte erleb- und verstehbar macht. Metaphern ermöglichen damit sowohl Komplexitätsreduktion wie auch die Herstellung eines sinnstiftenden Bezugs zu bereits bestehenden Erfahrungen. (Moser 2001)

So verglich z. B. eine Klientin das Geschehen in der Psychotherapie mit den Abläufen in einer Recyclinganlage. Am Anfang dachte die Klientin, sie würde in der Therapie einfach ihren Müll auf einer Deponie abladen, doch dann „ertappte“ sie sich dabei, wie sie den Müll untersuchte, nach Brauchbarem und Unbrauchbarem sortierte und zum Teil „wiederverwertete“.

Metaphernanalyse ist der Versuch, die in der zwischenmenschlichen Kommunikation verwendeten Metaphern (dazu gehört nicht nur Sprache, sondern auch z. B. darstellende Kunst usw.) zu erkennen, zu verstehen, zu ersetzen, weiterzudenken, fruchtbar zu machen. Dabei geht es primär nicht um die Frage, ob eine Metapher „wahr“ ist oder nicht.

In den meisten Fällen ist es nicht entscheidend, ob die Metapher Wahres oder Falsches impliziert, sondern welche Wahrnehmungen mit ihr verbunden sind, welche Schlußfolgerungen sich aus ihr ableiten lassen und welche Handlungen durch sie sanktioniert werden. In allen Lebensbereichen [...] definieren wir unsere Realität von Metaphern her und handeln auf der Basis von Metaphern. Wir ziehen Schlußfolgerungen, verfolgen Ziele, gehen Verpflichtungen ein und führen Pläne aus: und das alles geschieht auf der Grundlage dessen, wie wir unsere Erfahrung - bewußt oder unbewußt - mittels der Metapher partiell strukturieren. (Lakoff & Johnson 2003, S. 181f.)

Das Werk von Lakoff & Johnson hat weit über die Linguistik hinaus großes Interesse an Metaphern ausgelöst. Ihre „Neue Metapherntheorie der Kognitiven Linguistik“ sprengte die bisherige Auffassung der Metaphorik als „uneigentliches Sprechen“, als bildhaftes, bewusst eingesetztes Stilmittel und eröffnete mit ihrer Sichtweise, in der Metaphern als Ausdruck des Denkens postuliert werden, neue Forschungsfelder und Forschungsmethoden, die besonders in den Bereichen der Qualitativen Sozialforschung, der Kognitiven Psychologie und Sozialpsychologie fruchtbar genutzt werden. Eine sehr informative Zusammenschau findet man bei Moser (2001).

2.2.2 Metapher aus gestalttheoretischer Sicht

In der Gestalttheorie finden wir in dem Begriff der „Gestaltqualität“ von Christian v. Ehrenfels (1890) einen ersten Anhaltspunkt zur Annäherung an das Phänomen Metapher. Ehrenfels erkannte, dass die prägnanten Eigenschaften des Wahrnehmungsfeldes nicht von den Einzelreizen abhängen, sondern vielmehr von den Beziehungen zwischen den Einzelreizen. Dies zeigte er am Beispiel der Melodie, die immer dieselbe bleibt, unabhängig davon, in welcher Tonart sie gespielt wird. Als zwei wesentliche Eigenschaften der Gestaltqualitäten nannte Ehrenfels 1) die Übersummativität (das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile) und 2) die Transponierbarkeit.

Wenn die Töne c und g zusammen erklingen, so entsteht eine Qualität, die in der Musik Quinte heißt. Die Qualität liegt weder in dem Ton c noch in dem Ton g, noch hängt sie von diesen bestimmten Tönen ab [Übersummativität, Anm. IA]. Jedes Paar von Tönen mit dem Schwingungsverhältnis 2:3 kann unmittelbar als Quinte erkannt werden, unabhängig davon, in welchem Bereich der Tonleiter es gespielt wird [Transponierbarkeit, Anm. IA]. Die Quinte ist eine „Gestalt“, die unterschieden ist von den sie bildenden Teilen, und das genaueste Wissen um die isolierten Teile vermag nicht den geringsten Hinweis zu geben, was eine Quinte ist. (Pratt 1971, S. 8)

Die Gestaltpsychologen griffen diesen Begriff von Ehrenfels auf und bewiesen mittels optischer Versuche seine Richtigkeit. Das Bestehen von eigenständigen Ganzeigenschaften wurde an Ganzen (Gestaltqualitäten) nachgewiesen, deren Grundlage im Aufbau, d. h. in dem System der Beziehungen zwischen den Bestandteilen der betreffenden Gebilde gefunden wurde.

Zugleich wurde das Anwendungsgebiet erweitert durch den Hinweis auf die unmittelbare Ähnlichkeit von Gestaltqualitäten völlig verschiedener Sinnes- und Sachgebiete: musikalisches Crescendo - anbrechender Tag - steigende Erwartung. Hierdurch wird zum ersten Male ein Verständnis dafür ermöglicht, wiefern eine Übereinstimmung oder ein Widerspruch eines Stils nicht nur innerhalb derselben Kunst, sondern ebenso beim Vergleich der verschiedensten Künste, etwa der Bildkunst und der Tonkunst [...] unmittelbar anschaulich erlebt werden kann und nicht jedesmal erst durch wissenschaftliche Analyse erschlossen zu werden braucht. (Metzger 1954, S. 60)

Nach Metzger (1954, S. 63ff.) gibt es drei verschiedene Arten von Gestalteigenschaften

- Die Struktur oder das Gefüge (Tektonik): darunter werden Eigenschaften der Anordnung, des Aufbaus, Raumform, Gliederung usw. verstanden.
- Die Ganzqualität oder -beschaffenheit: das sind stoffliche Eigenschaften, wie z. B. durchsichtig, rauh, weich, hart, leuchtend, ...
- Das „Wesen“: darunter fallen alle Ausdruckseigenschaften wie Charakter, Ethos, Stimmung, ...

Und genau die „Wesenseigenschaften“ sind die für den Bereich der Metapher interessantesten. Metzger schreibt darüber:

Tatsächlich sind die Wesenseigenschaften dasjenige an dem anschaulich Gegebenen, das allein fähig ist, auf uns Eindruck zu *machen*, unser eigenes Wesen unmittelbar zu berühren. [...] die Wesenseigenschaften sind weder im örtlichen noch im ursächlichen Sinn subjektiv: sie werden *weder* als Eigenschaften oder Zustände des eigenen Ich erlebt, wie die Gefühle (die etwa von ihnen *veranlaßt* sind), - *noch* hängt es [...] bei gegebenen Sachverhältnissen von der Auffassung des beeindruckten Menschen ab, ob ihm dieses oder jenes Wesen gegenübersteht. (Metzger 1954, S. 64)

Die Wesenseigenschaften der Phänomene, der Situationen, der Gegebenheiten ermöglichen es uns, Metaphern zu verwenden, die im Grunde nichts anderes darstellen als die Transponierung von einem Orts- oder Qualitätssystem in ein anderes. Diese Transponierung kann auf einem sehr hohen Abstraktionsniveau liegen und doch verstehen wir sie spontan und intuitiv, wie die Abbildungen 1 und 2 zeigen.

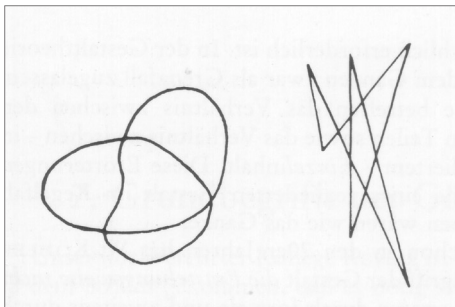


Abb. 1 Welche Figur „heißt“ Takete, welche Maluma? Die Zuordnung erfolgt einhellig (nach Köhler). (Metzger 1986, S. 126)

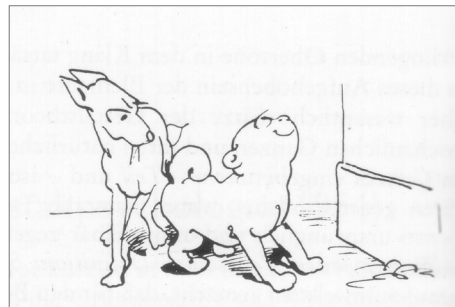


Abb. 2 Welcher heißt Plisch, welcher Plum? Auch hier gestaltlich kein Zweifel (Metzger 1986, S. 126)

2.2.3 Metapher und Handlung

Ich möchte nun einige Ergebnisse aus der psychologischen Metaphernforschung vorstellen, die für die Arbeit im psychotherapeutischen Kontext von Bedeutung sind.

In verschiedenen Studien wurden Belege für die These von Lakoff & Johnson gesucht, dass Metaphern unser Handeln beeinflussen. 1981 hat Bock in einer empirischen Studie gezeigt, wie bei Probanden durch die Vorgabe verschiedener Metaphern bei den gleichen Problemsituationen passive oder aktive Handlungsstrategien provoziert werden konnten. In dieser Studie sollten Probanden Lösungsmöglichkeiten für Probleme im Kontext Kündigung / Bewerbung finden. Bock ließ während seiner Instruktionen jeweils eine von vier verschiedenen Metaphern einfließen:

- es sei eine Lawine von Problemen, die auf den Probanden zukomme;
- das Problem türme sich wie ein Berg vor dem Probanden auf;
- der Proband fühle sich wie auf einem Skihang, der zu steil sei;
- der Proband rudere wie in einem kleinen Boot auf dem Ozean.

Es zeigte sich, dass die Probanden, die die angebotene Metapher aufgriffen, Lösungsmöglichkeiten innerhalb des Rahmens dieser vorgegebenen Metapher suchten. Die Wirkungsanalyse ergab, dass das Bild der „Lawine“ passive und resignative Strategien hervorrief; die Metapher „Skihang“ provozierte die meisten aktiven Resultate. Die Strategien zu den beiden Bildern „Meer“ und „Berg“ ergaben keine eindeutige Tendenz. (zit. nach Bock in Schmitt 2007)

Moser (2001) berichtet von einer Pilotstudie, die die Ergebnisse von Bock untermauert. In der Studie gab es drei Gruppen, denen jeweils Aussagen mit Weg-, Kampf- oder Gefäßmetaphern präsentiert wurden. Einer vierten Kontrollgruppe wurden Aussagen ohne Metaphern dargeboten. Anschließend wurden die Probanden gebeten, Lösungen für Problemsituationen aus vier verschiedenen Lebensbereichen zu finden. Dabei zeigte sich, dass Probanden aus der Gruppe „Wegmetaphern“ signifikant häufiger eine schrittweise Lösungsstrategie wählten, während bei den Probanden aus der Gruppe „Kampfmetaphern“ eine Tendenz zu konfrontativen Problemlösungen zu beobachten war. Moser weist in diesem Zusammenhang auf das Manipulationspotential von Metaphern hin:

Unabhängig von der individuellen Präferenz für bestimmte Metaphern führt Priming mit bestimmten Metaphernmodellen zumindest kurzfristig zu unterschiedlichen Qualitäten beim Problemlösen und bestätigt damit den postulierten Einfluss von Metaphern auf Kognition und Handlungsregulation. (Moser 2001, S. 23)

In einer Untersuchung von Gentner und Gentner (1983) wurden Probanden gefragt, wie sie sich das Funktionieren eines Lichtschalters erklären. Dabei zeigte sich, dass sich viele Menschen den Stromkreis mit Hilfe der Analogie zum Lauf des Wassers in einem Röhrensystem vorstellen. Den Schalter stellt in diesem Modell ein Ventil dar, das geöffnet (Licht an) oder geschlossen (Licht aus) werden kann. Diese Analogie ist physikalisch gesehen keine korrekte Abbildung des Stromkreises und dennoch ist sie geeignet, praktische Probleme zu lösen, indem z. B. beim Nicht-leuchten der (funktionierenden) Glühbirne die Überprüfung naheliegt, ob das Ventil tatsächlich Wasser durchlässt - sprich: der Schalter den Stromkreis wirklich schließt. Für die Behebung des Fehlers und die Handlungsfähigkeit ist es dabei irrelevant, dass physikalische Prozesse nicht korrekt abgebildet oder verstanden wurden. (zit. nach Gentner & Gentner in Moser 2001)

2.2.4 Metaphern in den Kontexten der Psychotherapie, Medizin und Psychoonkologie

2.2.4.1 Metaphern in der Psychotherapie

Die in den vorhergehenden Kapiteln beschriebenen Theorien über den Einfluss der Metapher auf kognitive Prozesse haben für Psychotherapeutinnen, auch wenn sie sich bislang nicht mit der Metapherntheorie auseinandergesetzt haben, wahrscheinlich nur geringen Neuigkeitswert, bestätigen diese Studien im wesentlichen doch „nur“ eine Arbeitsmethode, die in vielen Psychotherapien täglich zur Anwendung kommt. Nichts desto trotz sind es zum Teil sehr interessante Ergebnisse und ein Blick in die Originalliteratur lohnt sich in jedem Fall.

Der im psychotherapeutischen Kontext verwendete Begriff der Metapher ist von dem in der Linguistik gebräuchlichen zu unterscheiden, da der Begriff in der Psychotherapie viel umfassender verwendet wird: So werden auch Redewendungen, Parabeln, Gleichnisse, Anekdoten, Mythen, Sagen, Märchen, Träume, Visualisierungen, Imaginationen, aber auch Zeichnungen oder Aufstellungen als Metaphern verstanden. Eine Linguistin wäre mit dieser breiten Auslegung des Begriffes wohl nicht einverstanden, aber alle diese Formen der Kommunikation haben die Gemeinsamkeit, dass sie dazu verwendet werden können, Lebenssituationen darzustellen, abzubilden und verständlich zu machen.

Im psychoanalytischen Kontext wird die Verwandtschaft zwischen Traum und Metapher deutlich hervorgehoben. Wie im Traum, findet in der Metapher eine Verdichtung statt und wie bei Träumen können wir auch bei Metaphern zwischen dem manifesten Inhalt und den nur durch Deutung zu erfassenden latenten Inhalten unterscheiden. Jain (2001) schreibt:

Man kann die Metapher [...] als eine Art ‚Traumarbeit der Sprache‘ begreifen. [...] Die Metapher spricht in hervorragender Weise die Ebene der Latenzen, des Unbewußten an. Wir meinen in und an der Metapher eine versteckte Bedeutung zu erkennen - und bringen so in assoziativen Deutungen möglicherweise ein (in uns) ‚schlummerndes Wissen‘ an den Tag. [...] Wenn man nach dem Verhältnis von Metapher und Psychoanalyse fragt, [kann man] letztere als eine Art Metaphernanalyse begreifen. (Jain 2001, S. 37)

Und weiter:

[...] die Metapher [besitzt] eine subtile [...] Macht. Ihre Bilder setzen sich fest, sie lassen sich - d. h., wenn es für uns treffende, gewichtige, ‚dichte‘ Bilder sind - nicht einfach ausblenden und abschütteln, sondern sie wirken im Untergrund des Denkens latent strukturierend: Die Metapher ist ein machtvoller ‚Ort‘ im Diskurs. Deshalb müssen wir, wenn wir uns

den (untergründigen) Metaphern nicht ausliefern wollen, diese wahrnehmen und deutend hinterfragen, anstatt sie und ihre Macht zu negieren. (ebd., S. 43)

In der Arbeit mit Metaphern im Rahmen einer Psychotherapie gilt es, im Wesentlichen zwischen zwei Arten der Intervention zu unterscheiden:

1. „*Interventionen innerhalb der Metaphern*“: Dabei wird die von der Klientin verwendete Metaphorik von der Therapeutin aufgegriffen. In einem psychoanalytischen Kontext wird die Therapeutin ihre Interventionen und Deutungen in den Bildern der Klientin formulieren (Kleist 1987). In einer phänomenologisch-orientierten Therapie (wie z. B. der Gestalttheoretischen Psychotherapie) wird zunächst die Metapher wörtlich genommen, um dadurch die Klientin auf die sinnlich konkrete Erfahrungsebene zu führen. Eine Klientin sagt z. B., ihr Leben sei ein Schutthaufen. Nun könnte die Intervention darin bestehen, die Klientin aufzufordern, sich den Schutthaufen bildlich vorzustellen und mit weiteren Fragen oder Anregungen die Metapher so plastisch wie möglich werden zu lassen: Woraus besteht der Schutthaufen? Wo befindet sich die Klientin? Nah am Schutthaufen? Unter dem Schutthaufen? Gar nicht im Bild? ... Was möchte sie tun? Was ist zu tun? Was hindert sie daran? Usw. usf. Es geht darum, die Metapher vor dem geistigen Auge auszubreiten und sie mit möglichst allen Implikationen zu begreifen, sie möglichst in ihrer ganzen Tragweite zu erfassen. Im Fokus steht die Annäherung an die innere Logik der Metapher, welche Möglichkeiten des Handelns sie eröffnet und welche Handlungen innerhalb ihres Rahmens (nicht) möglich oder (nicht) sinnvoll sind. In einem nächsten Schritt kommt es zu einem Rückschluss auf das (nicht metaphorische) Ausgangsproblem, indem einerseits eine „Rück-Übersetzung“ stattfindet oder auch eine Überprüfung, ob die Metapher für das angesprochene Problem überhaupt adäquat ist, d. h. ob sie der Komplexität der Wirklichkeit der Klientin gerecht werden kann, ob sie ergänzt werden muss oder ob vielleicht eine neue Metapher gefunden/entwickelt werden muss, die der jeweiligen Situation besser entspricht.

2) „*Induzierung neuer Metaphern*“: Hierbei verwendet die Therapeutin bewusst eine andere Metaphorik als die Klientin, um bei der Klientin einen Perspektivenwechsel anzuregen und/oder andere Aspekte einer Situation sichtbar werden zu lassen und dadurch fruchtbarere Lösungsstrategien zu ermöglichen (siehe dazu auch Neumann 2006, S. 251 ff.).

Bei beiden Interventionstechniken ist es jedoch das Ziel, im Zuge der Arbeit mit Metaphern, der Klientin Gelegenheit zu bieten, eine Situation umfassender und viel-

leicht auch pointierter sehen zu können, um ihre Handlungen den gegebenen Umständen anpassen zu können. Eine Klientin könnte z. B. für einen Ehekonflikt das Bild einer Küche verwenden, von deren Herd Gas ausgetreten ist. Sie erzeugt also das Bild einer hochexplosiven, gefährlichen Situation, in der es sinnvoll ist, auf eine bestimmte Art zu handeln (z. B. zunächst das Fenster zu öffnen) und höchst gefährlich, etwas anderes zu tun (z. B. das Licht einzuschalten). Einem anderen Klienten drängt sich für seinen Ehekonflikt das Bild eines Gewitters auf: es donnert und blitzt, aber von der Situation geht keine unmittelbare Bedrohung aus, der Klient kann einfach an dem sicheren Ort, an dem er sich aufhält, warten, bis das Gewitter vorübergezogen ist.

Ein Bild sagt mehr als tausend Worte: Ein wesentlicher Aspekt der Metapher ist ihr Potential, in einem einzigen „Bild“ eine Vielzahl von verschiedenen Informationen vermitteln zu können und erfahrbar werden zu lassen. In ihr werden die emotionale und kognitive Ebene kondensiert. Metaphern sind einerseits sehr dazu geeignet, über Dinge zu sprechen, die mit starken Affekten belegt sind, andererseits erlauben sie Dinge zu benennen, über die, ihrer Abstraktheit oder Komplexität wegen, anders nicht gesprochen werden kann.

Buchholz (1996) nennt zwei Arten des Metaphernwandels in der Psychotherapie: die *Differenzierung* und die *Dynamisierung*. Als Differenzierung bezeichnet Buchholz, wenn innerhalb einer Metapher eine teilweise Bedeutungsverschiebung, eine komplementäre Interpretation möglich wird. Bei der Dynamisierung wird eine zuvor handlungsleitende Metapher durch eine andere handlungsleitende Metapher ersetzt. Beide Arten der Veränderung haben Einfluss auf die Strukturierung der kognitiven Schemata und eröffnen alternative Handlungsspielräume. Buchholz weist darauf hin, dass Veränderungen des Selbsterlebens und Veränderungen handlungsleitender Metaphern Hand in Hand gehen (zit. nach Buchholz in Kronberger 1999).

2.2.4.2 *Metaphern in der Medizin*

Die westliche Schulmedizin ist geprägt von christlichen Werten, der Philosophie der Aufklärung und von mechanistischen und atomistischen Ideen und Theorien. Der mechanistisch-atomistische Blick auf den Körper hat in der Medizin einerseits große Fortschritte ermöglicht, andererseits hat er aber auch zur Entfremdung vom lebenden Organismus beigetragen. Die westliche Medizin ist auf Defekte fokussiert, auf das Nicht-Funktionieren und das möglichst rasche Reparieren des „defekten“ Körpers. Hier spielt das Modell „Der Körper ist eine Maschine“ die tragende Rolle. Wenn eine Maschine nicht funktioniert, wird sie zur Mechanikerin gebracht, die sie wieder funkti-

onierend *macht*. Der äquivalente dazu Satz lautet: „Wenn ich krank bin, dann gehe ich zur Ärztin und die *macht* mich wieder gesund.“ Dieser Satz enthält jedoch eine weitere Abstraktion. Das „Ich“ steht in diesem Satz nicht für die ganze Person (wer würde sich selbst schon als Maschine denken), sondern „nur“ für den Körper. Es wird also die Spaltung zwischen dem „Ich“ (der Seele?, dem Geist?) und dem Körper perpetuiert, die in unserer christlichen Kultur schon durch den Dualismus Körper-Seele/Geist repräsentiert ist. Der Satz müsste eigentlich lauten: „Wenn mein Körper krank ist, gehe ich mit ihm zur Ärztin, die *macht* ihn wieder gesund.“ Dabei wird schon eine Grenze der Metapher greifbar: bei einer Maschine ist klar definiert, wann sie defekt/kaputt ist und wann sie funktioniert. Im Bereich der Gesundheit/Krankheit ist diese Grenze nicht klar zu determinieren und ebenso nicht eindeutig definierbar.

Jedoch ist die diesem Modell implizite Vorstellung des „Machen-könnens“ allgegenwärtig: Wir finden sie in der Aussage der Ärztin: „Ich mache Sie wieder gesund!“ (ich repariere sie), in den Versprechungen der Reproduktions-Medizin (wir bauen eine neue Maschine) und der Transplantationsmedizin (defekte Teile tauschen wir aus). Wir finden sie aber auch im Verhalten vieler Patientinnen, welche eine regelmäßige Medikamenteneinnahme einer Lebensstiländerung vorziehen und/oder bei Patientinnen, die sich für ihre Gesundheit (oder die Gesundheit ihres Körpers) nicht verantwortlich fühlen.

Das Modell „der Körper ist eine Maschine“ ist, wie die Medizin bewiesen hat, anwendbar und brauchbar - doch es wird dem Wesen des Lebendigen nicht gerecht. Es trägt nicht dem Umstand Rechnung, dass die Medizin nicht heilen kann. Die Medizin kann „nur“ die dem Körper innewohnenden Selbstheilungskräfte unterstützen - sie kann diese aber nicht ersetzen. Die Medizin kann bestimmte Körperfunktionen mittels technischer Geräte unter großem Aufwand übernehmen und dadurch das Überleben ermöglichen, heilen kann sie nicht. Kein Pflaster, keine Naht der Welt kann Wunden heilen; das Pflaster, die Naht unterstützt lediglich den Wundheilungsprozess des Körpers. Kein Gips, kein Nagel kann gebrochene Knochen zusammenwachsen lassen; mit diesen Hilfsmitteln kann „nur“ der Vorgang der Knochengeweberemodellierung in eine gewünschte Richtung gelenkt werden.

Schlussendlich verschleiert dieses Modell die Tatsache des Todes. Eine Maschine kann kaputt sein, sie kann (in den meisten Fällen) repariert werden. Ist ein Körper kaputt, also tot, ist eine Reparatur unmöglich. Möglicherweise steht das Burn-Out-Syndrom vieler Ärztinnen in ursächlichem Zusammenhang mit ihrem Agieren in Rahmen einer „Reparatur-Medizin“. Das Eintreten des Todes kann eine narzißtische Kränkung darstellen: die Ärztin ist als Mechanikerin gescheitert.

Die moderne (Geräte-)Medizin orientiert sich an der Machbarkeit bestimmter Verfahren, jedoch nicht an den Gesetzen und der Würde des Lebens. Oft wird die Frage nach der Sinnhaftigkeit einer Behandlung nicht in ausreichendem Maße gestellt, da die Faszination der Möglichkeit alles überstrahlt. Viele neue ethische Fragen werden aufgeworfen, die zum einen mit (nicht hinreichenden) Mitteln wie Patientenverfügung oder Patiententestament beantwortet werden, denen zum anderen durch (mehr oder weniger gern gesehene) Integration alternativer, komplementärer und ganzheitlicher Heilverfahren Rechnung getragen wird.

Ein zweites wichtiges Modell und die dazugehörigen Metaphern in der Medizin bzw. Biologie beziehen sich auf die Darstellung des Immunsystems als hochkomplexes Abwehrorgan, welches über das Gehirn mit der Seele in Verbindung steht und zwischen „körpereigenem und -fremdem Gewebe“ unterscheiden kann. Ein Organ, dessen Funktionen über Gesundheit und Krankheit, über Leben und Tod entscheidet. Jede Zelle trägt an ihrer Membranoberfläche sog. Antigene, mittels derer das Immunsystem zwischen „eigen oder fremd“ unterscheiden kann.

Das Konzept des Kampfes mit Metaphern aus den Bereichen der kriegerisch-militärischen Auseinandersetzungen und der Politik ist die Grundlage, auf der die meisten Darstellungen des Immunsystems aufgebaut sind. Die Erhaltung der Gesundheit des eigenen Körpers wird dabei zu einer hartnäckigen und metaphernreichen Kriegsführung gegen den angreifenden ‚Feind‘. Dieser Definition geht eine eindeutige Unterscheidung zwischen dem Eigenen, dem freundlichen und ‚normalen‘ Selbst und dem fremden Äußeren, dem missgünstigen und unfreundlichen Nicht-Selbst voraus. Schutzwälle und eine Vielzahl unterschiedlich bewaffneter Wächter, die als ausschwärmende Einsatztrupps jederzeit bereit sind zum Einsatz, schützen hierbei die Grenzen des eigenen Körpers vor dem Eindringen jegliches ‚Fremden‘. Innen und Außen stehen für die klare Teilung zwischen Selbst und Nicht-Selbst. (Ohlhoff 2002)

Die Anwendung der Kriegsmetaphorik in der Beschreibung der Aufgabe des Immunsystems scheint recht logisch, wenn es sich bei dem zu bekämpfenden Nicht-Selbst um ein krankmachendes Virus handelt oder um ein transplantiertes Organ. Wenn es sich jedoch bei dem Nicht-Selbst um einen Fötus handelt, der im Mutterleib heranwächst, oder um einen Tumor, gerät dieses Modell in argen Erklärungsnotstand.

Ebenso „übersieht“ dieses Modell, dass der Körper zu seinem Gedeihen auch „Fremdkörper“ braucht: so sind Darmbakterien für die Verdauung absolut notwendig, Schleimhautbakterien für die Gesundheit der Schleimhaut. Ohlhoff (2002) schreibt:

Zellen können keine imaginären „Feinde erkennen“, die sie aus Verachtung, Machthunger, Größenwahn und immer auch zugrundeliegenden handfesten Interessen umbringen.

Den Vorgängen der Immunabwehr werden diese Bedeutungen aber, die bis zu einer Individualisierung der Zellen reicht, zugewiesen.

Und sie weist darauf hin, dass es andere Modelle als den „hochgerüsteten Verteidigungsapparat“ gibt, mit denen man die Arbeit des Immunsystems vielleicht treffender beschreiben kann: der Immunologe und Nobelpreisträger Niels Jerne präsentierte in den 1970er Jahren eine Netzwerk-Theorie der Immunität, nach der sich das Immunsystem während der embryonalen Phase durch den Dialog der Zellen untereinander entwickelt. In diesem Konzept stellt das Immunsystem ein komplexes System dar, „das durch Kommunikation und Feedback organisiert und nicht durch Hierarchien und kategorische Unterscheidungen strukturiert wird.“ (Ohlhoff 2002)

Der „Vorteil“ des atomistischen Maschinen-Modells in der Medizin ist sein immanenter Anspruch einer klaren Ursachenzuschreibung. Dass es sich dabei oft um (stark) vereinfacht dargestellte Wirkzusammenhänge handelt, stört nicht, solange die Behandlung greift. Sehr oft werden dabei jedoch „nur“ die oberflächlichen Symptome behandelt. Bei Vorhandensein von Koliken hervorrufenden Gallensteinen wird z. B. „einfach“ die Gallenblase mitsamt den Steinen entfernt. Die dahinterliegende Funktionsstörung der Leber, der eigentliche Grund für die Bildung der Gallensteine, wird meistens nicht behandelt. Dazu ist ein atomistisches Modell mit seiner ausschließlich zergliedernden Vorgangsweise auch nicht in der Lage. Um diese Phänomene beschreiben und erklären zu können, bedarf es eines ganzheitlichen (systemischen) Modells, das versucht, der Komplexität des selbstregulativen Systems „Körper“ gerecht zu werden, indem nicht nur die einzelnen Elemente für sich in ihrer Arbeitsweise untersucht werden, sondern auch und besonders im Hinblick auf ihr Zusammenspiel und ihre Aufgaben im Ganzen. Zur Beziehung zwischen Teil und Ganzem schreibt Wertheimer 1924:

Es gibt Zusammenhänge, bei denen nicht, was im Ganzen geschieht, sich daraus herleitet, wie die einzelnen Stücke sind und sich zusammensetzen, sondern umgekehrt, wo - im prägnanten Fall - sich das, was an einem Teil dieses Ganzen geschieht, bestimmt von inneren Strukturgesetzen dieses seines Ganzen. (Wertheimer 1924)

Metzger (1954) schreibt über die Ganzbestimmtheit der Teile und Stellen:

Bei der Einführung in ein Ganzes, beim Verlassen und Wechseln des Ganzen können auch die einzelnen Teile und Teilbestimmungen selbst echte Änderungen erleiden; ändert man einen Teil oder eine Stelle oder eine Eigenschaft des Ganzen, so können dadurch grundsätzlich auch alle anderen, nicht unmittelbar betroffenen Teile oder Stellen oder Eigenschaften des Ganzen geändert werden. (S. 75)

D. h., das Ganze stellt nicht eine einfache Und-Summe der Teile dar. Das Ganze ist *etwas anderes* als die Summe seiner Teile. Und im Gegenzug hat ein Sachverhalt unterschiedliche Eigenschaften, abhängig davon, ob er Teil eines Ganzen ist oder isoliertes Element. Als Teil eines Ganzen hat er Eigenschaften, die er als isoliertes Element nicht aufweist. Die wechselseitige Beeinflussung zwischen Teil und Ganzem ist so bestimmend, dass Metzger (1962) schreiben kann:

Störungen an Gestalten wirken nicht nur auf die unmittelbar betroffenen Stellen ein, sondern ihre Wirkung *pflanzt sich durch das Ganze*, im reinen Fall bis zu dessen entferntesten Stellen, *fort*. Es gibt in dem gestalteten Ganzen keine unbeteiligten Stellen [...]. (S. 46)
In einem solchen sich selbst ordnenden Ganzen ist der Zustand jeder einzelnen Stelle oder jedes Bestandteils mitbestimmt durch den Zustand aller anderen Stellen oder Bestandteile und bestimmt seinerseits deren Zustand mit. (S. 47)

Im Fall unseres Beispiels der Gallensteine und der Frage nach der Ursache ihrer Entstehung ist es folglich auch nicht ausreichend, ausschließlich den Zustand der Leber zu berücksichtigen, sondern es muss der gesamte Organismus in seiner aktuellen Funktionsweise betrachtet werden.

2.2.4.3 Metaphern im Kontext der Psycho-Onkologie

Wie wir weiter oben gesehen haben, definiert sich die Psycho-Onkologie als Teilbereich der Onkologie, die wiederum ein Teilgebiet der Medizin ist. Es ist also nicht verwunderlich, wenn wir im psycho-onkologischen Kontext dieselben Metaphern wiederfinden wie im allgemeinen medizinischen Bereich. Besonders sticht die Kriegsmetaphorik ins Auge, wie es schon Susan Sontag (1978) in ihrem Essay pointiert analysiert hat.

Ich möchte nun vier exemplarische Artikel zur Metaphernanalyse vorstellen. In zweien stehen die Metaphern der Patientinnen im Blickfeld, in den beiden anderen die Metaphorik der Behandelnden.

Teucher (2003) hat in einer empirischen Studie zum Thema „Metaphern“ im Kontext „Krebs und Krebsbehandlung“ 126 Personen befragt. Er behandelt die beiden Themengebiete Erkrankung und deren Behandlung getrennt, weil ihm aufgefallen war, dass die dafür verwendeten Metaphern aus verschiedenen Bereichen kommen konnten. Mittels einer Clusteranalyse gruppierte er die verwendeten Metaphern unter fünf bzw. sechs „Übermetaphern“. Im Bereich der Erkrankung waren dies:

- „Invasion“: mit den Ausdrücken Invasion, Einfall, Überfall, Angriff, Gegner, Feind gegen den man ständig kämpfen muss, Kampf, Schlacht.
- „Eindringling“: weniger kriegerisch als Invasion, unwillkommener Eindringling im Körper; Dieb, der Zeit, Energie und Träume raubt.
- „Bedrückende Umgebung“: dunkle, bedrohliche Wolke; dunkle, erschreckende Höhle; Dunkelheit.
- „Inneres Gewächs“: von innen heraus aufgefressen werden; Tod wächst im Inneren; Parasit.
- „Hindernis“: Stein, der den Weg blockiert und zwingt, einen anderen Weg zu finden; große Bürde; harter Schicksalsschlag.

Für die Metaphern der Behandlung, dem Umgang mit und der Heilung der Erkrankung fand er folgende Überbegriffe:

- „Kampf“: Feuer mit Feuer bekämpfen, Kampf, chemische Waffen.
- „Hoffnung“: Licht am Ende des Tunnels, neu erwachte Hoffnung.
- „in Anspruch nehmen“: ein Übel mit dem anderen austreiben, ein mächtiges Licht, das böse Zellen zerstört.
- „Arbeit“: ein weiter Weg mit vielen Auf und Ab, Sisyphus-Arbeit.
- „Wettrennen“: Wettrennen gegen die Zeit, Zeitbombe.
- „Zufall“: Roulette, Würfelspiel, Lotto-Gewinn.

Ganz im Klaren ist sich Teuscher nicht, was er mit dieser Typisierung anfangen soll. Er macht einerseits sehr deutlich, dass es sowohl intra- als auch interpersonell große Unterschiede im Verwenden von Metaphern gibt. Zum einen kann ein- und dieselbe Metaphorik bei verschiedenen Patientinnen sehr unterschiedliche Bedeutung haben und zum anderen kann sich die verwendete Metaphorik bei ein- und derselben Patientin im Lauf der Zeit verändern. Eine Metapher, die zu Beginn der Krankheit stimmig war, ist es vielleicht nach zwei Jahren nicht mehr. Und er plädiert für einen vorsichtigen Umgang, um Missverständnisse bzw. Missverstehen zu vermeiden.

Andererseits hofft Teuscher, mit dieser Typisierung einen Grundstock für weitere Untersuchungen gelegt zu haben, die sich mit dem Zusammenhang zwischen verwendeter Metaphorik und a) deren Wirkung auf das Befinden der Patientinnen und b) der Entwicklung der Erkrankung befassen sollen.

Bowker (1996) sieht einen wesentlichen Aspekt einer Krebserkrankung im Gefühl des *Kontrollverlustes* und fokussiert diesen Punkt in ihrer Analyse. Ihr Anliegen ist es zu beschreiben, wie Patientinnen mit Hilfe von Metaphern versuchen, Ordnung in das Chaos der Krebserkrankung zu bringen, um wieder handlungsfähig zu werden. Sie destilliert fünf Metaphernbereiche, mit Hilfe derer Patientinnen den erlebten Kontrollverlust beschreiben oder zu fassen suchen:

- Wahnsinn und Chaos
- Naturkatastrophe
- Krebs als Persönlichkeit
- Andauernder Kampf
- Abspaltung, Teilung

Bowker weist darauf hin, dass das Erzeugen der Metapher intrapersonell einen Versuch darstellt, Kontrolle wiederzuerlangen. Die Metapher enthält die Art und die individuelle Konzeptualisierung des Kontrollverlusts und gleichzeitig Hinweise zu dessen Bewältigung. Der Impetus der Metapher kann zeigen, wie die Kontrolle wiedererlangt werden kann, indem z. B. der „Krieg gewonnen wird“ wie im Fall der Kampfmetapher oder durch „Rettung der Überlebenden“ im Fall der Naturkatastrophe.

In den Artikeln von Reisfeld & Wilson (2004) und Penson, Schapira, et al. (2004) stehen die Metaphern der Behandler im Blickpunkt der Auseinandersetzung. Penson, Schapira, et al. (2004) präsentieren eine Analyse einer Diskussion zwischen Onkologinnen über die Verwendung von Metaphern im Umgang mit ihren Patientinnen, in denen die Kampfmetapher allgegenwärtig scheint und hinterfragen diese. Sie weisen zunächst auf die lange Geschichte der Kriegsmetaphorik in medizinischen Belangen hin und im Besonderen im Umgang mit der Krankheit Krebs. Ihr wurde 1971 sogar von US-Präsident Nixon offiziell der „Krieg erklärt“, als dieser den *National Cancer Act* verabschiedete. Die Autorinnen erwähnen kritische Stimmen in Bezug auf die Kriegsmetaphorik und präsentieren alternative Modelle, wie jenes von Annas (1995), der für den medizinischen Bereich eine Ökologie-Metapher vorschlägt. Diese sei durch Begriffe wie Gleichgewicht, Verantwortung, erneuerbar, begrenzte (Ressourcen), (Lebens-)Qualität und Erhaltung mit den Konzepten von Prävention und Intervention kompatibel. Er ist der Meinung, dass die Ökologie-Metapher im medizinischen Umfeld die Chance bietet, eine neue Vision der Gesundheitspflege zu entwerfen, die sich nicht nur an die Probleme innerhalb des Gesundheitswesens richtet, sondern auch an aktuelle Probleme innerhalb

unserer Kultur. Doch kommen die Autorinnen in ihrem Resümee zum Schluß, dass die militärische Metaphorik in der Medizin die seit vielen Jahren vorherrschende, in unserer Kultur fest verankerte sei. Eine kritische Auseinandersetzung damit sei sinnvoll, eines jedoch zugleich gewiss: Der Krieg gegen den Krebs gehe weiter.

Reisfeld & Wilson (2004) setzen sich mit der Kriegsmetaphorik im Umgang mit Krebs kritisch auseinander. Sie erklären zunächst, warum diese Metaphorik nicht nur bei Ärztinnen und Patientinnen, sondern z. B. auch in der Sprache der Pharmafirmen die häufigste ist:

- die Kampfmetaphorik ist in unserer Kultur allgegenwärtig, z. B. gibt es den Kampf gegen Drogen, gegen Armut, gegen Analphabetismus;
- sie kann an den Krebs gut angepasst werden: es gibt einen Feind (den Krebs), einen Offizier (den Arzt), einen Soldaten (den Patienten), Verbündete (Pfleger, Angehörige, sonstige Therapeuten) und gefährliche Waffen (chemische, biologische und nukleare);
- die Metapher betont den Ernst der Lage;
- Kampf hat eine sehr fokussierende Wirkung und ruft Bilder von Macht und Aggression hervor, die in der erlebten Situation von Hilflosigkeit und Passivität einen starken Kontrapunkt setzen;

Anschließend zeigen Reisfeld & Wilson die Begrenzungen der Kriegsmetaphorik auf. Die oben aufgezählten „guten Gründe“ ermöglichen es, bestimmte Aspekte der Krebs-Erfahrung zu benennen, doch sie verdunkeln nach Auffassung der Autoren die folgenden:

- Diese Metapher ist inhärent männlich, auf Macht ausgerichtet, paternalistisch und gewalttätig.
- Sie suggeriert, den Kampf zu gewinnen (den Krebs zu besiegen) sei nur eine Sache des Hart-genug-Kämpfens. Auf viele Arten der Krebserkrankung trifft diese Aussage jedoch nicht zu. Die Beschränktheit des Waffenarsenals und des Wissens über den Feind erzeugt unausweichlich (Behandlungs-)Fehler und Verlierer. Doch wird das Verlieren in diesem Kontext nicht der Behandlung angelastet, sondern dem Patienten. Auch wird der Übergang von kurativer zu palliativer Behandlung als Niederlage erlebt. Einerseits verleitet der Wunsch weiterzukämpfen, nicht zu verlieren, mutig zu sein, nicht aufzugeben, Ärzte und Patienten dazu, Behandlungen durchzuführen, die wenig bis keinen medizinischen Nutzen bringen. Andererseits wird in unserer Gesellschaft Aufgeben

oder Verlieren nicht akzeptiert und die Entscheidung von Patienten, eine Therapie abzulehnen oder abubrechen, ist oft von Gefühlen der Schuld und Unzulänglichkeit begleitet.

- Es gibt konzeptuelle Schwächen in dieser Metapher: es gibt keine äußeren Feinde - der Feind ist man selbst. In diesem Krieg zerstören die Waffen ohne Unterscheidung sowohl den Feind (die Krebszellen) als auch die Verteidiger (das Immunsystem). Das Schlachtfeld ist der Körper des Patienten.
- Die Metapher fokussiert bio-medizinische Parameter der Erkrankung (CT, MRT, Tumormarker, ...) und blendet soziale, psychologische und existenzielle Aspekte der Erkrankung aus. In Folge rückt das Augenmerk auf die Lebensqualität des Patienten in den Hintergrund, weil alles dem Kampf untergeordnet werden muss. Diese Fokussierung auf den Kampf verunmöglicht oft, alternative Konzepte eines Lebens unter dem Aspekt einer schweren Erkrankung zu entwerfen.

Reisfeld & Wilson beschreiben dann von Patientinnen beschriebene alternative Metaphern, wie z. B. die Metapher der Reise, eines Marathonlaufs, einer Schachpartie. Abschließend appellieren sie an Ärztinnen, sich die eigenen Metaphern bewusst zu machen, um einerseits auf die Metaphern ihrer Patientinnen besser eingehen zu können und andererseits die eigene Metaphorik an die Situation der Patientinnen (ihren kulturellen Hintergrund, Krankheitsstadium und Prognose) anpassen zu können.

Interessanterweise beschäftigen sich die meisten psycho-onkologischen Untersuchungen zum Thema Krebsmetaphern ausschließlich mit den Metaphoriken der Patientinnen, als seien diese unabhängig von den Metaphoriken der im onkologischen Bereich Tätigen. Die Metaphoriken der Ärztinnen, Pflegerinnen, Psychologinnen, Psychotherapeutinnen usw. in Bezug auf Krebs werden offensichtlich als nicht wichtig erachtet. Der (subtile) Einfluss, den diese jedoch auf die Patientinnen ausüben, wird unterschätzt, oft auch gänzlich ausgeblendet. Der Schluss, der aus vielen Untersuchungen gezogen wird, ist jener, dass die Behandelnden auf die Metaphorik der Patientinnen achten und auf diese rekurren sollten, um die Kommunikation mit den Patientinnen zu verbessern, um den Patientinnen mehr das Gefühl des Verstandenwerdens und des An-einem-Strang-Ziehens zu vermitteln. Dieser Schluss ist vollkommen in Ordnung, entspricht er doch auch der Aufforderung in der Psychotherapie, die Klientin dort „abzuholen“, wo diese gerade steht und doch geht er meines Erachtens nicht weit genug. Um den Patientinnen

gute Unterstützung geben zu können, ist es wichtig, selbst einen „sicheren Stand“ zu haben, dazu gehört, die eigene Meinung, die eigene Position zur Krankheit und die eigenen Ängste und Projektionen reflektiert zu haben. Das sollte, besonders von Menschen, die mit krebserkrankten Menschen arbeiten, mehr eingefordert werden.

Ein weiteres interessantes Themengebiet ergibt sich durch die Analyse der psycho-onkologischen „Ratgeberliteratur“ für Patientinnen. Sehr oft wiederholt sich dabei dasselbe Spiel: zum einen wird die kampforientierte Sprache der Medizin kritisiert und relativiert, doch gelingt es nicht, ein praktikables, ansprechendes alternatives Modell vorzustellen. Ein Beispiel aus Simonton et al. (1982) habe ich schon weiter oben zitiert und möchte ein weiteres zur Verdeutlichung erwähnen.

Das Beispiel stammt aus dem Buch von Kappauf & Gallmeier „Nach der Diagnose Krebs - Leben ist eine Alternative“, einem sehr gelungenen, informativen Buch, in dem äußerst differenziert auf die verschiedenen Aspekte einer Krebserkrankung eingegangen wird. Das Buch ist geeignet, die Kompetenz der Patientinnen und Angehörigen zu stärken und beleuchtet häufig kolportierte Meinungen über die Krankheit auf ihren Wahrheits- oder Richtigkeitsgehalt. So kritisieren die Autoren die kriegerische Sprache der Medizin und weisen die Leserinnen darauf hin,

[...], dass gerade neueingeführte medizinische Bezeichnungen nur selten im engen Wortsinn verstanden werden dürfen. Diese Bezeichnungen (,Krebsgene', ,Killerzellen', ,Helferzellen', u. v. a.) werden bei der Untersuchung von biologischen Einzel- oder Teilvorgängen geprägt und täuschen in vielen anfänglichen oder auch späteren oberflächlichen Berichten etwas vor, was dann zumindest sehr differenziert betrachtet werden muß. (Kappauf & Gallmeier 1995, S. 58)

Auch zeigen sie die Diskrepanz des (sprachlichen) Umgangs mit verschiedenen Krankheiten auf: niemand würde auf die Idee kommen, gegen einen Herzinfarkt anzukämpfen, oder gegen Alzheimer - sehr wohl aber gegen Krebs:

Der kämpferische Sprachgebrauch fällt vielmehr fast ausschließlich bei Krankheitsbildern auf, die auf einen äußeren Feind zurückgeführt werden, der in den Körper eindringt und das Weiterleben bedroht. So beschrieben werden Infektionskrankheiten mit ihren körperfremden Krankheitserregern, aber genauso gängige Vorstellungen von ,dem Krebs', der ,bösartig' den Körper ,befällt'. (Kappauf & Gallmeier 1995, S. 211)

Die Autoren versuchen, Patientinnen Schuldgefühle an der Entstehung ihrer Erkrankung zu nehmen, indem sie auf die verschiedenen Ursachenzuschreibungen, von Umweltfaktoren bis zur „Krebspersönlichkeit“, eingehen. Doch leider wagen sie den letzten konsequenten Schritt, ihr Konzept bis zu Ende zu denken nicht und verfallen wieder dem gän-

gigen Klischee der Erkrankung - wenn sie versuchen, die Krebsursache folgendermaßen zu erklären:

In den bisherigen Abschnitten zur Krebsentstehung ist deutlich geworden, daß die vielen Krebserkrankungen nur grob und eher selten definierten Einzelursachen zugeordnet werden können. Im plakativen Vergleich gesprochen: *Hinter Krebs steht selten ein Einzeltäter, sondern meist eine komplex organisierte kriminelle Vereinigung mit Kleinhehlern und Großganoven!* (Kappauf & Gallmeier 1995, S. 109, Hervorhebung IA)

Damit perpetuieren Kappauf & Gallmeier leider wieder nur die Feindmetapher und den Patientinnen bleibt nichts anderes übrig, als nun gegen die Mafia zu kämpfen.

2.2.5 Über das „Böse“

Als böse erleben wir, was sich unserem Willen und unserer Absicht entgegenstellt. Auch ein Schicksal, das wir nicht verstehen und nicht akzeptieren können, nennen wir böse. Fragen wir grundsätzlich nach dem, was wir als böse erleben, werden wir mit der Angst konfrontiert: Was uns ängstigt, zu Recht oder zu Unrecht, empfinden wir als böse. (Verena Kast 2006, S. 63f.)

Im vorhergehenden Absatz haben wir uns ausführlich mit der führenden Metapher im Umgang mit Krebs, der Kampf-Metapher, auseinandergesetzt. Dort konnten wir auch von der Mutmaßung Kappauf & Gallmeiers (1995) lesen, dass die Zuschreibung des Attributs „bösaartig“ an diese Krankheit damit in ursächlichem Zusammenhang steht. Jedoch zeigen metaphortheoretische Untersuchungen, dass in unserer Kultur gegen die meisten Krankheiten gekämpft wird, dass die meisten Krankheiten als „Feinde“ gesehen werden. So zeigt auch Judith Barkfelt (2003) in ihrem Buch über die Depression, dass die Metaphorik von Kampf und Krieg, die Metapher der Depression als „Feindin“, am häufigsten vorkommt.

Trotzdem ist es äußerst interessant, sich mit der Frage zu beschäftigen, welche Bedeutung es für uns hat, wenn wir mit einer Krankheit konfrontiert sind, die als „bösaartig“ bezeichnet wird. Sich damit zu beschäftigen, welche Bilder und Assoziationen dieses Wort hervorruft, welche Implikationen es enthält, welche Handlungsmöglichkeiten es erschließt oder verwehrt. Wie im Zitat von Verena Kast angeführt, stehen das „Böse“ und die Angst in engem Zusammenhang. So wie wir das uns Ängstigende als „bösa“ bezeichnen, gilt auch die Umkehrung: Das, was wir als „bösa“ bezeichnen, macht uns Angst. So kann dieses Wort reflexartig Widerstand in uns wecken, den Wunsch auslösen, es niederzuringen, zu vernichten, gegen das „Bösaartige“ anzukämpfen,- es kann aber auch Gefühle der Hilflosigkeit, der Ohnmacht, der Resignation auslösen.

Die Zuschreibung „böartig“ hat noch eine weitere wichtige Implikation: Dem Ding, das wir mit diesem Attribut belegen, unterstellen wir gleichzeitig die Fähigkeit zu absichtsvollem Handeln und die Freiheit der Entscheidung, etwas zu tun oder nicht zu tun. Wir weisen ihm damit die Verantwortung für seine Taten zu. Dadurch „vermenschlichen“ wir es und erheben es in den Rang einer eigenständigen Persönlichkeit, mit eigenem Willen und mit eigenen Zielen.

In der Regel ist das „Bösartige“ oder „Böse“ das Andere, das Nicht-Ich. Das „Böse“ wird - wenn man es (z. B. als unerwünschte Gefühle wie Neid, Gier, Hass, ...) an sich selbst entdeckt - abgespalten und projiziert oder verleugnet und kompensiert. Selten wird das „Böse“ als Teil der eigenen Persönlichkeit akzeptiert, als Regung, für deren Existenz man nicht nur die Verantwortung trägt, sondern mit der man auch verantwortungsvoll umgehen kann. Als ein Teil unseres Wesens, der sich nicht zwangsläufig unserer bemächtigt, wenn wir ihn nicht unter Verschluss halten, sondern dem wir, gerade durch die Anerkennung seines Daseins, das schädigende Potential nehmen können.

Nun hat sich plötzlich dieses „Böse“ im eigenen Körper „eingenistet“, hat sich mit dem eigenen Körper verschmolzen und bedroht das eigene Leben. Das „Böse“ ist in gefährliche Ich-Nähe gerückt. Wie könnte man anders damit umgehen, als erbittert dagegen zu kämpfen? Als Patientin, Angehörige oder Behandelnde auf der Seite des „Guten“ - das dann doch allzuoft vom „Bösen“ in die Knie gezwungen wird. Es scheint keine Alternative zu geben. Es gibt kein Entrinnen. Welche Chance hat eine „Normalsterbliche“ gegen das „Böse“?

Die Menschheit hat in ihrer Entwicklung jedoch auch den entgegengesetzten Schritt geschafft: durch wissenschaftliche Erkenntnis wurde nahezu die gesamte Natur entmystifiziert und „entpersonifiziert“ und damit von der „Bösartigkeit“ befreit. Es gibt kein Naturereignis mehr, das wir als „böartig“ oder „böse“ bezeichnen würden - trotzdem gibt es welche, vor denen wir Angst haben. Vielleicht gelingt es uns, auch die Krebserkrankungen vom Nimbus des „Bösen“ zu befreien. Dies würde einen anderen Umgang, ein anderes Leben mit der Erkrankung ermöglichen.

Wie ist es dazu gekommen, dass wir in unserer westlichen Welt diese Krankheit mit dem Begriff „böartig“ ausgestattet haben? Eine geschichtliche Rekonstruktion wäre vielleicht interessant, doch würde es den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Stattdessen möchte ich ein alternatives Modell vorstellen, welches ich meiner Arbeit mit onkologischen Patientinnen zugrunde lege. Das Modell lautet: *Krebszellen sind krank*.

2.2.6 Ein alternatives Modell: Krebszellen sind krank

Was ist Krebs? Krebszellen sind körpereigene Zellen, bei denen in den Genen, die das Zellwachstum kontrollieren, eine Veränderung aufgetreten ist. Die Folgen sind eine unregelmäßige Zellteilung und der Verlust gewebetypischer Eigenschaften. Die Ursache für diese Genmutation ist nicht eindeutig festzumachen, sondern liegt ihrerseits im Zusammenspiel bio-psycho-sozialer Faktoren. Wenn wir nun versuchen, die Entstehung einer Krebserkrankung zu rekonstruieren, könnte das folgendermaßen aussehen:

Bio-psycho-soziale Faktoren führen im System Mensch zu einem Ungleichgewicht, das der Körper aufgrund seiner selbstregulativen Kräfte kompensieren kann. Jedoch ruft die Kompensation im kleinsten Glied der Kette, der Zelle, Veränderungen oder Schädigungen hervor, deren Folgen unorganisierte Zellteilung und somit Wachstum sind. Dieser Vorgang führt nun seinerseits durch Verdrängung von gesundem Gewebe, Infiltration von Organen oder Metastasierung und wahrscheinlich auch durch Veränderung in der Zusammensetzung von Hormonen und anderen Botenstoffen zu einem neuen Ungleichgewicht im Zusammenspiel der körperlichen Funktionen, welches wiederum eine Zeit lang kompensiert werden kann, bis das Ungleichgewicht auf die nächsthöhere Ebene oder ein anderes körperliches Teil-System überspringt. Das Ungleichgewicht muss sich nicht zwangsläufig immer weiter ausbreiten, es kann auch auf einen Bereich beschränkt bleiben (z. B. wenn das Tumorwachstum stagniert) oder zu einem neuen Gleichgewicht führen (z. B. wenn sich der Tumor zurückbildet).

Man kann also sagen, die Zellen sind, in Erfüllung ihrer Arbeit, krank geworden, zum Teil so schwer krank, dass sie die Existenz des Körpers gefährden, zu dem sie gehören. Die Krebszelle ist selbst ursprünglich nur ein „Symptom“ für das Bestehen eines Ungleichgewichts, wird aber mit Fortschreiten ihres Wachstums ihrerseits zum Grund weiterer körperlicher Disharmonie. Das ursprüngliche Ungleichgewicht, das zur Mutation geführt hat, kann zum Zeitpunkt der Diagnosestellung schon längst behoben sein. Das Seebeben, das den Tsunami ausgelöst hat, ist (meistens schon) längst vorbei, wenn die Riesenwelle das Festland erreicht. Niemand würde auf die Idee kommen, den Tsunami oder gar das Seebeben als „böartig“ zu bezeichnen, warum also sollten wir Krebszellen als „böartig“ benennen?

Die beiden folgenden Sätze unterscheiden sich in ihrer Konnotation. Der Satz „Die Krebszellen sind böartig“ löst Abwehr und Stress aus. Abwehr gegen den eigenen Körper, der plötzlich als Feind gesehen wird, dem man nur gnaden- und kompromisslos begegnen kann. Der Satz „Die Krebszellen sind krank“ ermöglicht es eher, Mitgefühl

mit dem eigenen Körper, mit sich selbst zu entwickeln. Sich selbst auch liebevoll zu begegnen. Wir alle haben Erfahrung, wie mit kranken Menschen und wie mit böartigen Menschen umgegangen wird.

In keinem Fall soll der Eindruck erweckt werden, ich würde diese Erkrankung verharmlosen oder verniedlichen. Aber es ist wichtig, darauf zu achten, mit welchen Worten Phänomene beschrieben werden, denn auch die Art, in der über etwas gesprochen wird, wirkt sowohl auf Sender als auch Empfänger. Die „objektiven“ Auswirkungen der Erkrankung oder die Formen der Behandlung (Operation, Chemotherapie, Bestrahlung, u. a.), werden dadurch wahrscheinlich wenig beeinflusst, sehr wohl aber wird es Veränderungen im subjektiven Empfinden, in der Qualität, in der Möglichkeit des Darüber-Sprechens, geben. Es gibt einen Unterschied, ob man „gegen etwas kämpft“ oder ob man „für etwas kämpft“. Im Kampf *gegen* etwas, steht dessen Auslöschung im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Im Kampf *für* etwas, steht dessen Erhaltung oder Errichtung im Fokus. Das Letztere ist, meiner Meinung nach, auch schließlich unsere Aufgabe: das Leben, das uns geschenkt wurde, zu pflegen und ihm zu dienen. Lernen, es so zu nehmen, wie es im Moment ist - denn es ist das einzige, das wir haben.

2.3 Gestalttheoretische Grundlagen

Die Gestalttheorie oder auch Gestaltpsychologie der Berliner Schule entstand zu Beginn des 20. Jahrhunderts in Abgrenzung zu den damals (wie auch heute) vorherrschenden assoziationalistischen, atomistischen, reflexologischen und behavioristischen Richtungen in der Psychologie. Als ihre Begründer gelten Max Wertheimer, Wolfgang Köhler und Kurt Koffka.

Sie vertritt einen ganzheitlichen Ansatz, geht also davon aus, dass das seelische Geschehen nicht dadurch erklärt werden kann, indem man es in seine kleinsten Einzelteile zerlegt. Das Seelenleben eines Menschen lässt sich weder als Summe von Reflexen beschreiben, wie es die Reflexologie Pawlows versucht, noch durch die Thesen der Assoziationspsychologie, dass sich das Bewusstsein des Menschen durch zufällige oder absichtlich herbeigeführte Zusammentreffen von Wahrnehmungsinhalten allmählich aufbaut. Infolgedessen kann auch der Behaviorismus, der diese verschiedenen Schulen vereinigt, das Wesen des Seelischen nicht erklären.

Die Gestaltpsychologie geht von der primären Ganzheitlichkeit, Strukturiertheit und Dynamik seelischer Gegebenheiten aus. Eine seelische Gestalt (wie z. B. eine Wahrnehmungsgestalt, eine Willenshandlung, ein Denkverlauf, ein Gefühl) hebt sich von einem Hintergrund als mehr oder weniger geschlossenes, in sich gegliedertes Ganzes ab.

Die Gestaltwahrnehmung geschieht aufgrund einer autochthonen und ganzheitlichen Organisation, welche übergreifenden Gestaltgesetzmäßigkeiten (Prägnanztendenz) und dynamischen Gerichtetheiten (Feldtheorie) gehorcht. (Einen leicht lesbaren, kurzen Einblick in die Themengebiete der Gestaltpsychologie findet man bei Köhler 1971.)

2.3.1 Erkenntnistheorie - Der Kritische Realismus

Der Kritische Realismus ist die Erkenntnistheorie, die der Gestaltpsychologie zugrunde liegt. Es handelt sich dabei um eine konstruktivistische Theorie, d. h. sie postuliert eine scharfe Trennung zwischen der

- *Wirklichkeit im 1. Sinn*: die physikalische Welt in ihrer absoluten und objektiven Beschaffenheit und der
- *Wirklichkeit im 2. Sinn*: die phänomenale Welt; die Welt, wie wir sie erleben.

„Während die physikalische Welt uns nicht unmittelbar zugänglich ist und damit nur indirekt in Form von theoretischen Konstrukten erschlossen werden kann, sind die Erlebnissvorgänge der phänomenalen Welt als unmittelbar und anschaulich gegeben anzuse-

hen“ (Stichworte, Kritischer Realismus, www.gestalttheory.net/oeagp/sverzeichnis.html, 22.08.2007). Die phänomenale Welt ist Teil der physikalischen Welt. Die beiden „Arten“ von Wirklichkeit sind gleichrangig, d. h. die Wirklichkeit im 1. Sinn ist nicht „wirklicher“ als die Wirklichkeit im 2. Sinn. (Metzger 1954, S. 14 ff.). Im Unterschied zum Radikalen Konstruktivismus Maturanas (1982), der den Bereich der physikalischen Welt als prinzipiell nicht erkennbar erachtet und somit als irrelevant oder als vielleicht gar nicht existent betrachtet, geht der Kritische Realismus von der Existenz der transphänomenalen (physikalischen) Welt aus.

Metzger unterscheidet weiter zwischen der naiv-phänomenalen Welt, die unmittelbar durch die Reizung der Sinnesorgane entsteht und der kritisch-phänomenalen Welt, die im wesentlichen aus der Beobachtung von Meßgeräten beziehungsweise der Einwirkung ihrer relevanten Zustände auf die Sinnesorgane, und der gedanklichen Verarbeitung der so gewonnenen Daten [entsteht], auf die wir größeres Vertrauen als auf die Daten der Alltagserfahrung haben [...] Die so gewonnene kritisch-phänomenale Welt ist der Inbegriff des physikalischen Weltbildes nach dem jeweils neuesten Stand der Forschung. Es ist also ein Sachverhalt, der sich im Lauf der Jahrhunderte außerordentlich stark gewandelt hat, während dasjenige, *was* er abbildet, nach menschlichem Ermessen grundsätzlich unverändert geblieben ist. Dieses jeweilige physikalische Weltbild darf darum nicht mit der (angenommenen) transphänomenalen Wirklichkeit, die es wiederzugeben versucht, identifiziert werden [...] (Metzger 1986, S. 277f.)

Die transphänomenale Wirklichkeit wirkt auf uns, was zur Entstehung unserer phänomenalen Welt führt, und wir wirken unsererseits auf die transphänomenale Welt zurück.

Und auch unsere *Handlungen* müssen in die transphänomenale Wirklichkeit selbst hineinwirken und dort Änderungen veranlassen. Sonst wäre es unverständlich, wieso diese unsere Handlungen, sie, samt ihren Wirkungen, uns selbst ja nur als Vorgänge in unserer eigenen phänomenalen Welt bekannt sind, analoge Veränderungen auch in den phänomenalen Welten *anderer Menschen* zur Folge haben können [...] (Metzger 1986, S. 278)

Worauf der Kritische Realismus also größten Wert legt, ist die saubere Unterscheidung zwischen physikalischer Wirklichkeit und phänomenaler Wirklichkeit, wobei 1) die beiden Welten wechselseitig aufeinander einwirken, 2) uns nur die phänomenale Wirklichkeit unmittelbar zugänglich ist, und 3) der phänomenalen Welt die gleiche Würde zukommt wie der physikalischen Welt.

2.3.2 Verhältnis Mensch - Welt

Aus der strikten Trennung von physikalischer und phänomenaler Welt ergibt sich die Folgerung, dass wir es im Verhältnis von Mensch zu Welt nun nicht mehr mit zwei Bereichen, sondern mit vier Bereichen zu tun haben:

(1) die physikalische Welt (Umwelt)	Physikalische Welt
(2) der physikalische Körper	
(3) die phänomenale Welt (Umwelt)	Phänomenale Welt
(4) das phänomenale Körper-Ich	

Davon befindet sich der physikalische Körper (2) zweifellos in der physikalischen Welt (1) und ebenso zweifellos befindet sich das phänomenale Körper-Ich (4) in der phänomenalen Welt (3), die ihrerseits Teil des physikalischen Körpers (2) sind. (Zur Veranschaulichung siehe Abbildung 3)

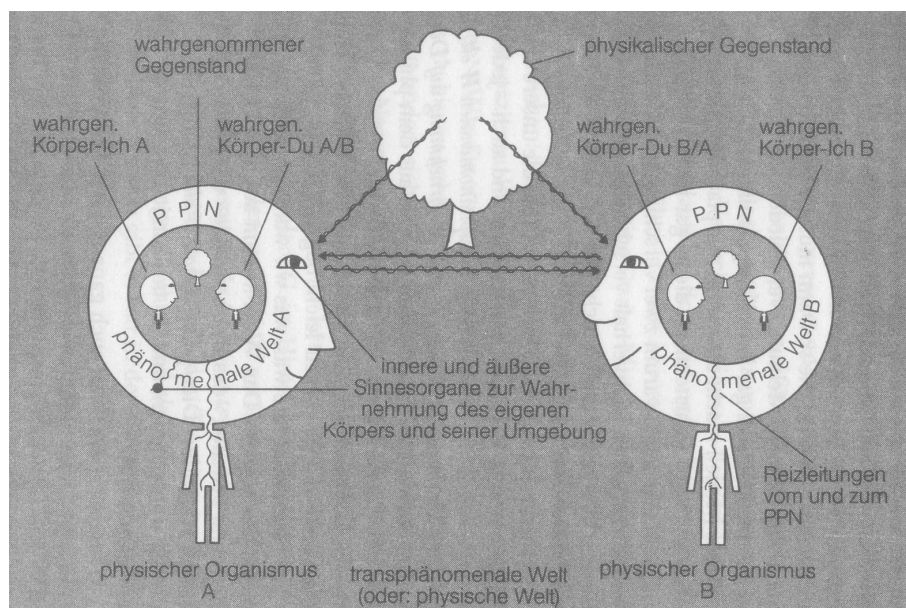


Abb. 3: „Zwei Eierköpfe vor dem Baum der Erkenntnis“ (entnommen aus Tholey & Utecht, 1997)

Bewußtseinsfähig ist [...] nur (3) und (4), dagegen nicht (2) und (1). Die Tatsache, daß sich (3) in (2) befindet [...] kann daher niemals ins Bewußtsein eingehen. Denn als bewußtseinsfähig können vernünftigerweise nur Beziehungen zwischen bewußtseinsfähigen Gliedern betrachtet werden; also beispielsweise hier: die Beziehung zwischen (3) und (4). (Metzger 1954, S. 282)

Zwischen der physikalischen Umwelt (1) und der anschaulichen Umwelt (3) besteht ebenso wie zwischen dem physikalischen Körper (2) und dem erlebten Körper-Ich (4) eine *kausal vermittelte Gestaltverwandtschaft*, jedoch *keine Identität*.

Wie erstaunlich gut die gestaltliche Übereinstimmung von Inhalten der verschiedenen Anschauungswelten [verschiedener Menschen, Anm. IA] mit den zugehörigen Inhalten der gemeinsamen physikalischen Umwelt, und infolgedessen auch untereinander [...] sein kann, beweist am eindringlichsten die Tatsache, daß [...] verschiedene Menschen ihre ver-

schiedenen Anschauungswelten im allgemeinen ohne Schaden für eine und dieselbe, und zwar für die eine, gemeinsame, bewußtseinsunabhängige physikalische Welt halten dürfen. (Metzger 1954, S. 304)

Der Ort im physikalischen Körper, wo die phänomenale Welt (3) im physikalischen Körper (2) lokalisiert ist, ist natürlich das Gehirn und dort wiederum speziell ein angenommener Bereich in der Großhirnrinde, das sog. Psychophysische-Niveau (PPN). Die Wirkungsreihe vom physikalischen Objekt zum wahrgenommenen Anschauungsgegenstand in unserer phänomenalen Welt geht im Beispiel des Sehens vom Auge über den Sehnerv zum Endbereich im Gehirn (dem PPN). Nur Vorgänge in letzterem sind bewußtseinsfähig. Dabei handelt es sich natürlich „bei dem physikalischen und dem zugehörigen anschaulichen Ding nicht um *einen* und denselben, sondern um *zwei einander ähnliche* Gegenstände“ (Metzger 1954, S. 280) Wie gesagt, sind nur Vorgänge bewußtseinsfähig, die im PPN ablaufen. Allerdings gibt es auch im PPN Vorgänge, die nicht bewußtseinsfähig sind, wie z. B. Stoffwechselforgänge oder anatomische Strukturen.

Genauso, wie jeder andere Gegenstand der physikalischen Welt ist unser eigener Körper uns auch nur als phänomenales „Abbild“ gegeben.

Wir müssen zwischen unserem eigenen physikalischen Organismus und unserem eigenen anschaulichen Körper-Ich genau so streng unterscheiden wie zwischen der physikalischen und der anschaulichen Sonne. (Metzger 1954, S. 282)

Wie bei jeder Sinneswahrnehmung werden durch afferente Nervenbahnen Impulse an das PPN weitergeleitet, wo sie Teil des Bewusstseins werden (können). Störungen der Körperwahrnehmung können zweierlei idealtypische Ursachen haben:

- Unterbrechung der Nervenbahnen, wobei der Endbereich im Gehirn unbeschädigt ist: hierbei „bleibt die *Fähigkeit*, das eigene Glied zu spüren, durchaus erhalten, nur lässt die Übereinstimmung mit der Wirklichkeit entsprechend zu wünschen übrig“ (Metzger 1954, S. 281) (z. B. Phantomschmerzen) und
- Schädigungen zentraler Bereiche im Gehirn: dabei wird der eigene Körper phänomenal von seinem Besitzer als nicht zu sich gehörig verstanden.

Das bedeutet aber: Von der ganzen Wirkungsreihe hat mit dem spürbaren Vorhandensein des eigenen Körpers ausschließlich der kortikale Endabschnitt des nervösen Vorgangs unmittelbar zu tun. Auch bei der Eigenwahrnehmung sind nur Vorgänge innerhalb des psychophysischen Niveaus bewußtseinsfähig. (Metzger 1954, S. 282)

2.3.3 Isomorphie-Annahme

Zwischen den psychophysischen Prozessen (d. h. den bewusstseinsfähigen Vorgängen) und dem Zustand des körperlichen Bereichs, in dem sich die psychophysischen Vorgänge abspielen (PPN) besteht eine unmittelbare Wechselwirkung. Die Gestaltpsychologie geht von einer Isomorphie d. h. Strukturidentität dieser beiden Bereiche aus. Eine Veränderung im phänomenalen Feld (z. B. das Erleben von Angst) führt zu isomorphen Veränderungen im PPN (Veränderung im Chemismus der Neurotransmitter wie Glutaminsäure, Acetylcholin und Serotonin) und umgekehrt: Veränderungen im hirnhysiologischen Bereich (z. B. Veränderung der Stoffwechselfvorgänge im Gehirn durch Drogeneinfluss) führen zu isomorphen Veränderungen im phänomenalen Erleben (Metzger 1954, S. 301f.). Die Isomorphie-Annahme galt lange Zeit als unbewiesene, aber dennoch äußerst praktische Arbeitshypothese. Neuere Erkenntnisse über Hirnvorgänge, besonders auch die Entdeckung der Spiegelneuronen durch Gallese et al. lassen sich jedoch als Bestätigung für die Isomorphie-Annahme interpretieren (Eagle & Wakefield 2007). Zur Untermauerung der Isomorphie-Annahme kann man auch Untersuchungen aus der Psychotraumatologie heranziehen, die zeigen, dass psychische Traumata (phänomenale Welt) zu Veränderungen in den Hirnstrukturen (physikalischer Körper) zur Folge haben (Kolk et al. 2000). Beispielsweise führte bei einem Experiment aus der Hirnforschung die Elektrostimulation bestimmter Hirnareale bei wachen Probanden zu „unmotiviertem“ Lachen. Die Probanden erlebten dies jedoch nicht als „Reflex“, sondern hatten eine Erklärung für ihr Lachen (etwas Witziges, das ihnen eingefallen war, oder der Gesichtsausdruck eines Anwesenden, u. ä.), d. h. durch die Reizung des physikalischen Feldes hatte sich in ihrem phänomenalen Feld etwas (strukturident) verändert. (Zu diesem Beispiel gibt es natürlich auch andere Erklärungsmodelle wie jenes, in dem behauptet wird, das Gehirn konstruiere *nachträglich* einen Grund für das Lachen.)

Durch die Isomorphie-Annahme wird die schon weiter oben postulierte Gleichrangigkeit von physikalischer und phänomenaler Welt besonders deutlich. Die phänomenale Welt ist nicht ein Epiphänomen der Vorgänge im physikalischen Gehirn, sondern beides sind strukturidenten Erscheinungsweisen ein- und desselben Geschehens. Dies macht die wechselseitige Beeinflussung auch erklärbar. Die gestalttheoretische Position steht somit auch in Gegenposition zu den neueren heftig diskutierten Trends in der physiologischen Hirnforschung, die den „freien Willen“ als Täuschung darstellen und den Menschen zum „Sklaven seines Gehirns“ degradieren (z. B. Karl Markowitsch, Gerhard Roth, Wolf Singer). Wozu sich allerdings „das Gehirn ein ‚bewusstes Ich‘ hält“, dem es, wie im obigen Fall, Grund für ein Lachen oder überhaupt einen freien Willen vortäuschen muss, wurde noch nicht erklärt.

2.3.4 Prägnanztendenz, Tendenz zur guten Gestalt

Die Gestalttheorie widerspricht dem atomistischen Grundsatz der prinzipiellen Unordnung des Natürlichen, der im 2. Hauptsatz der mechanischen Wärmelehre seinen Höhepunkt gefunden hat. Sie beweist, dass es in der Natur auch Arten des Geschehens gibt, die nicht aufgrund äußerer Zwänge geordnet ablaufen, sondern aufgrund einer ihnen immanenten, natürlichen, sachlichen Ordnung, der Prägnanztendenz. Grundvoraussetzungen für das Bestehen einer natürlichen Ordnung sind folgende (nach Metzger 1986, S. 209f.):

- Es gibt Arten des Geschehens, die, frei sich selbst überlassen, einer ihnen selbst gemäßen Ordnung fähig sind.
- Ordnung kann unter bestimmten Umständen von selbst *entstehen*.
- Ordnung kann sich unter *denselben* Umständen (ohne Zwang starrer Vorrichtungen) *erhalten*.
- Ordnung kann (muss) sich unter veränderten Umständen (ohne besonderen Eingriff) *ändern*.
- Eine solche Ordnung kann gestört werden, aber sie kann sich nach Aufhebung der Störung grundsätzlich ohne weiteres *Zutun wiederherstellen*.

Metzger weist ausdrücklich darauf hin, dass es sich bei den vollkommen festgelegten Arten des Geschehens und den vollkommen freien Arten um zwei Extrempositionen handelt, die nicht als einzige Möglichkeiten betrachtet werden dürfen.

Zwischen der vollkommenen Festlegung einer starren Form (Merkbeispiel: Ölfarbe auf einer Bildtafel) und der Festlegung eines Geschehens auf eine einzige Bahn (Merkbeispiel: Fernsprechleitung) einerseits und der völligen Freiheit der Formbildung (Seifenblase) und des Geschehensverlaufs (Planetensystem) andererseits liegen unzählige niedere und höhere Grade der Freiheit und der Führung. Aber sowie auch nur mehr als *ein* Freiheitsgrad, mehr als *ein* möglicher Weg des Geschehens da ist, muß etwa vorfindbare Ordnung mindestens zum Teil innerlich bedingt sein. (Metzger 1968, S. 210)

Der Geltungsbereich der Prägnanztendenz, d. h. der Tendenz, eine ausgezeichnete und daher beständige Ordnung herzustellen, umfasst sowohl belebte wie unbelebte Natur. Lebende Organismen erhalten ihre Ordnung mittels Selbstregulation und Selbstorganisation aufrecht, aber auch im Bereich der Physik wirken laut verschiedenen Feldtheorien innere Ordnungskräfte, wie z. B. im Bereich des Magnetismus oder der Elektrostatik.

Die Gestaltpsychologie zeigt für den seelischen Bereich die Wirkung der Prägnanztendenz, hier auch „Tendenz zur guten Gestalt“ genannt. Durch Experimente im Besonderen in den Bereichen der Wahrnehmung und des Gedächtnisses konnten mehr

als 100 verschiedene Gestaltgesetze (z. B. Gesetz der Nähe, der Symmetrie, der Gleichartigkeit, der durchgehenden Kurve, des gemeinsamen Schicksals, ...) entdeckt werden, die als Teilgesetze des Prägnanzgesetzes verstanden werden können.

2.3.5 Psychologie als Feldtheorie

In Anlehnung an die Physik, die in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts einen Paradigmenwechsel von den mechanistischen Theorien zu einer Feldtheorie vollzogen hatte, forderte Kurt Lewin (1969) einen ähnlichen Paradigmenwechsel im Bereich der (Persönlichkeits)Psychologie und begründete die (psychologische) Feldtheorie. Dabei handelt es sich um eine ausschließlich psychologische Theorie, die sich nicht mit psychophysischen Zusammenhängen (wie die Isomorphieannahme) auseinandersetzt. Lewin setzt in seiner Arbeit den Schwerpunkt auf die Frage nach dem Zustandekommens des Verhaltens eines Individuums in seiner Umwelt und lässt die klassisch gestalttheoretische Frage nach der Abbildung der Umwelt in der Wahrnehmung außer acht (Walter 1996).

Die Feldtheorie und das dazugehörige Konzept des Lebensraumes stellen eine umfassende Persönlichkeitstheorie dar, in der die „Tendenz zur guten Gestalt“ als Selbstorganisationsprinzip eine zentrale Rolle spielt.

2.3.5.1 Der Begriff Lebensraum

Als psychologisches Feld definiert Lewin den *Lebensraum*, das gleichzeitige und wechselseitig abhängige Bestehen der Person und ihrer Umwelt. Dabei ist mit Person das phänomenale Ich und mit Umwelt die phänomenale Welt dieser Person gemeint.

Lewin formuliert die beiden Grundsätze der Feldtheorie folgendermaßen:

- a) das Verhalten muß aus einer Gesamtheit der zugleich gegebenen Tatsachen abgeleitet werden; b) diese zugleich gegebenen Tatsachen sind insofern als ein ‚dynamisches Feld‘ aufzufassen, als der Zustand jedes Teils dieses Feldes von jedem anderen Teil abhängt.

(Lewin 1982, S. 65)

Das *Verhalten* ist eine *Funktion von Person und seiner Umwelt*, also eine Funktion des *Lebensraumes*. Zur Beschreibung des Lebensraumes und somit auch zur Beschreibung des Verhaltens muss von der Gesamtsituation der betreffenden Person ausgegangen werden, ohne deren Berücksichtigung isolierte Elemente der zu untersuchenden Situation nicht richtig beurteilt werden können. Zu den Beschreibungsmerkmalen des Lebensraumes gehören spezifische Bedingungen, wie z. B. Ziele, Aufforderungscharaktere (Valenzen), Bedürfnisse, allgemeine Bedingungen, das Maß der Freiheit.

Die verschiedenen Aspekte des Lebensraumes, seien sie bewusst oder nicht bewusst, stehen in einem wechselseitigen Verhältnis der Beeinflussung und Abhängigkeit - der Interdependenz - und bilden gemeinsam ein Kraftfeld, das durch die „Tendenz zur guten Gestalt“ oder auch Prägnanztendenz geordnet und strukturiert wird. Im optimalen Fall, d. h. bei Fehlen von Störfaktoren, können sich durch das Wirken der Prägnanztendenz die Kräfte frei (im Sinne Metzgers) ordnen. Der Lebensraum ist ein offenes Konstrukt, dem zugrundeliegt, dass immer wieder neue Eindrücke oder Aspekte Teil des Lebensraumes, wohingegen andere verschwinden. So ist der Lebensraum nichts Starres, der, einmal seine Ordnung gefunden, nicht wieder Veränderungen unterliegt. Der Lebensraum ist etwas Lebendiges und deshalb immer wieder gefordert, auf Neues zu reagieren und ein neues Gleichgewicht, eine neue Ordnung durch das Wirken der Prägnanztendenz zu finden. Er ist ein System im Fließgleichgewicht (Bertalanffy) oder wie Lewin es ausdrückt, ein System im „quasi-stationären-Gleichgewicht“.

Nun können im Lebensraum Kräfte vorhanden sein, die das freie Wirken der Prägnanztendenz stören oder verhindern, sodass es zu keiner prägnanten Ordnung oder keinem prägnanten Gleichgewicht kommen kann, was wiederum „krankhaftes“ Geschehen zur Folge hat. Dabei ist jedoch wichtig zu sehen, dass selbst im „krankhaften“ Geschehen die Selbstordnungstendenz immer aktiv ist (vgl. Goldstein 1963).

2.3.5.2 Differenzierung des Lebensraumes

Lewin wählt zur Veranschaulichung der Zeitperspektive und der Realitäts-/Irrealitätsschichten des Lebensraumes u. a. folgende Darstellung:

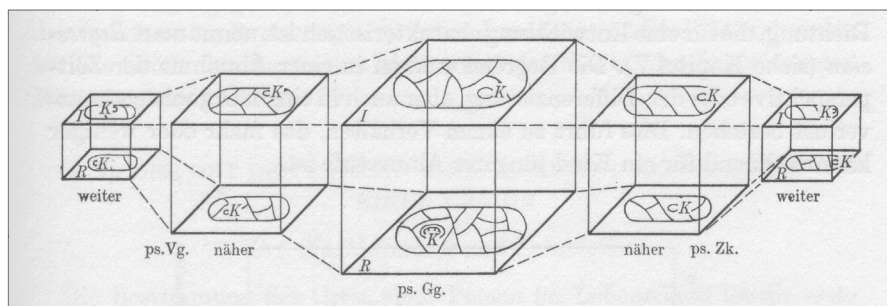


Abb. 4: Lebensraum (aus Lewin 1963, S. 279)

R = Realitätsschicht; I = Irrealitätsschicht; psVg = psychologische Vergangenheit;
psGg = psychologische Gegenwart; psZk = psychologische Zukunft

Wie aus der Abbildung hervorgeht, sind die Zeitperspektive und die Unterscheidung zwischen Realitäts- und Irrealitätsschicht zwei wichtige Aspekte des Lebensraumes. Die *Zeitperspektive* umfasst die psychologische Gegenwart, die nähere und fernere psychologische Vergangenheit und die nähere und fernere psychologische Zukunft.

Verschiedene Faktoren haben Einfluss auf die Ausdehnung der Zeitperspektive. Das Lebensalter spielt z. B. eine entscheidende Rolle, wie weit die Zeitperspektive in die psychologische Zukunft reicht. Psychische Stressoren, wie z. B. eine Krebsdiagnose, können die psychologische Zukunft extrem verkürzen oder gar „auslöschen“; eine Alzheimer-Erkrankung lässt die Zeitperspektive auf die psychologische Gegenwart schrumpfen. In der Unterscheidung zwischen *Realitäts- und Irrealitätsschicht* erfolgt eine weitere Differenzierung des Lebensraumes. Die Irrealitätsschicht existiert relativ unabhängig von der Realitätsschicht, der Ebene der „Tatsachen“. Grenzen und Barrieren sind in der Irrealitätsschicht leichter durchlässig, „hier kann man tun, was einem gefällt“ (Dembo 1931, zit. nach Lewin 1982b, S. 202).

Verschiedene Grade der Irrealität entsprechen verschiedenen Graden der Phantasie. Sie schließen sowohl die positiven Wünsche wie die Furcht ein. Dynamisch entspricht die Irrealitätsschicht mehr einem fließenden Medium [...], und sie ist enger mit den zentralen Schichten der Persönlichkeit verbunden. Für die Psychologie der Träume ist das ganz besonders wichtig. [...] Die Irrealitätsebene der psychologischen Zukunft entspricht den Wünschen und der Furcht für die Zukunft, die Realitätsebene dem, was erwartet wird. Die Diskrepanz zwischen der Struktur des Lebensraums auf der Realitäts- und Irrealitätsebene ist wichtig für das Planen und die Produktivität [...]. Hoffnung entspricht einer genügend großen Ähnlichkeit zwischen Realität und Irrealität irgendwo in der psychologischen Zukunft, Schuld einer Diskrepanz der Realität und Irrealität in der psychologischen Vergangenheit. (Lewin 1963, S. 278)

2.3.5.3 *Deskriptionsdimensionen des Lebensraumes*

Lewin führt zur genaueren Charakterisierung des Lebensraumes vier Dimensionen ein:

- *Enge - Weite*: diese Dimension bezieht sich auf die zeitliche Ausdehnung des Lebensraumes von der psychologischen Gegenwart in die psychologische Vergangenheit und Zukunft, sowohl auf der Realitäts- als auch Irrealitätsebene.
- *Undifferenziertheit - Differenziertheit*: Der Lebensraum unterteilt sich in verschiedene Regionen (z. B. Partnerschaft, berufliches Umfeld, Freundeskreis, Familie, ...), die mehr oder weniger voneinander getrennt und unabhängig sind und unterschiedliche Verhaltensmöglichkeiten eröffnen. So ist es z. B. möglich, dass eine Person in ihrem beruflichen Umfeld Eigenschaften leben kann, die es in der Region „Eltern“ nicht leben kann.
- *Unordnung - Ordnung*: Diese Dimension bezieht sich auf die Organisation der differenzierten Regionen, auf „die zunehmende Reichweite zugleich bestehender Teile des Lebensraumes, welche zu einer Einheit organisiert werden

können, und ferner auf die zunehmend größeren Handlungsabfolgen, welche einheitlich gelenkt sind.“ (Lewin 1963, S. 147)

- *Flüssigkeit - Rigidität*: Damit wird der Grad der Durchlässigkeit der Bereichsgrenzen der verschiedenen Regionen des Lebensraumes beschrieben. Die Flüssigkeit ist „der Faktor, der die Geschwindigkeit des Spannungsausgleichs in benachbarten Systemen bestimmt“ (Lewin 1963, S. 64). Diese Dimension beschreibt auch den Grad des Anpassungsvermögens, der Umstrukturierungsmöglichkeiten oder der Starrheit einer Person.

Individuen unterscheiden sich nicht nur im Differenzierungsgrad der Gesamtperson, sondern auch in der Art und Weise, wie die verschiedenen Teilbereiche angeordnet sind, in der Stärke des Zusammenhangs zwischen den verschiedenen individuellen Teilbereichen und der Funktion, die diese im Leben der Person besitzen. Wir nennen diese Eigentümlichkeit die ‚Strukturart der Person‘. (Lewin 1969, S. 194)

2.3.5.4 *Historische und systematische Erklärungsweise*

Für die Beschreibung des Zustandes eines psychologischen Feldes ist weiters die Unterscheidung zwischen *historischer* und *systematischer* Verursachung wichtig.

Die historischen Ursachen geben Auskunft darüber, wie es zu einer bestimmten Situation x gekommen ist, warum der Lebensraum zu jenem Zeitpunkt x genau diese speziellen Eigenschaften hat.

Die systematischen Ursachen erklären die dynamischen Strukturen und Gesetze, die im Lebensraum zum Zeitpunkt x wirken. Lewin zufolge, kann ein Geschehen niemals vollständig ausschließlich von seiner historischen Entwicklung her verstanden werden ohne Berücksichtigung der gegenwärtig wirkenden Feldkräfte (Valenzen).

Ein Beispiel: Im Bereich der Psychoonkologie führte die Vernachlässigung der systematischen Perspektive zu dem (noch immer in den Köpfen herumschwirrenden) Artefakt der „Krebspersönlichkeit“. Wie schon weiter oben erwähnt, wurden zahlreiche retrospektive Studien durchgeführt, die auf die eine oder andere Art den Nachweis einer „Krebspersönlichkeit“ erbrachten (historische Ursache). Dieser Nachweis konnte jedoch mittels prospektiver Studien nie verifiziert werden. Dies lässt sich dadurch erklären, dass in den retrospektiven Untersuchungen der „systematische Zusammenhang“ außer acht gelassen wurde: Nicht berücksichtigt wurde, dass „allein die Tatsache“, mit einer Krebsdiagnose konfrontiert zu sein, einen massiven Eingriff im Leben eines Menschen darstellt, der zu dramatischen Umbewertungen der aktuellen Situation (zu einer Verschiebung von Valenzen) führt und der sich natürlich auch auf die Bewertung der eigenen Vergangenheit und Zukunft auswirkt.

2.3.6 Psychosomatik

Wie schon weiter oben angedeutet, wird in unserem medizinischen System „Psychosomatik“ als Bereich definiert, der sich mit körperlichen Krankheiten beschäftigt, für die keine eindeutigen organisch zuschreibbaren Ursachen gefunden werden können. Da aber jede Krankheit eine Ursache haben muss, wird diese im psychischen Geschehen der erkrankten Person vermutet. Mit „psychosomatisch“ ist hier also die psychische Verursachung organischer Leiden gemeint.

Aus einer gestalttheoretischen Perspektive kann man dieser eindimensionalen Definition nicht zustimmen. Nach dem Verständnis ganzheitlicher Ansätze in der Psychosomatik

ist das Lebewesen als psychophysisches Ganzes zu sehen und demnach [sind] bei der Beschreibung und Erklärung von Vorgängen im Lebewesen, also auch bei der Erklärung für die Entstehung von Krankheiten, gleichermaßen somatische *und* psychische Faktoren zu berücksichtigen. (Kästl 1996)

Anders ausgedrückt: Leben ist psychosomatisch (vgl. Walter 2006). Die wesentliche, bisher noch nicht unumstößlich beantwortbare Frage, ist die nach der Art der Wechsel-

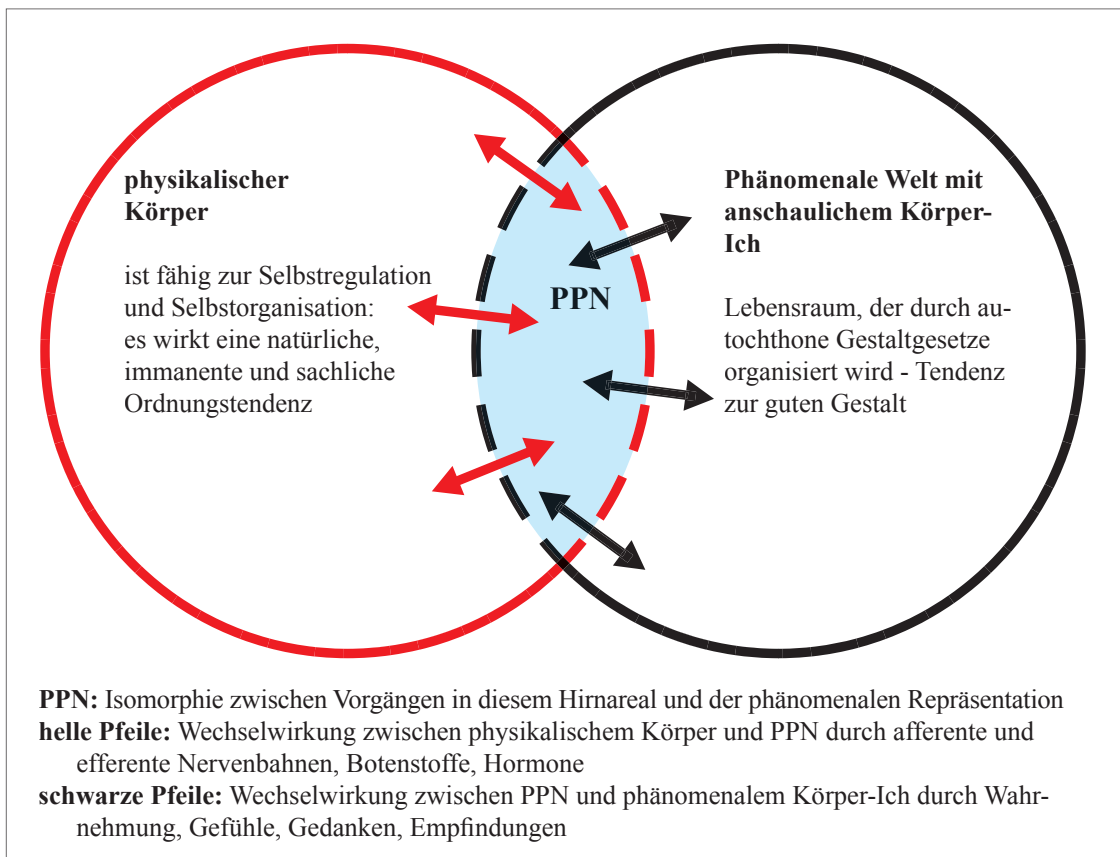


Abb. 5: „Psychosomatik“

wirkung zwischen Seele und Körper. Vom gestalttheoretischen Modell ausgehend, können wir aber eine Antwort folgendermaßen formulieren (siehe auch Abb. 5).

Wir haben zwei miteinander verwandte, jedoch voneinander relativ unabhängige Bereiche, den physikalischen Körper und das phänomenale Körper-Ich. Der physikalische Körper ist ein System, das zur Selbstregulation und Selbstorganisation fähig ist und einer inneren sachlichen Ordnung gehorcht. Die Regelkreise im Körper kommunizieren mittels verschiedener Botenstoffe, wie Stoffwechselprodukte und Hormone, und dienen der Aufrechterhaltung des organismischen Fließgleichgewichts. Eine zentrale Rolle in diesem System von Regelkreisen und Rückkoppelungsprozessen spielt das Gehirn, dessen eine Teil das Psychophysische Niveau (PPN) bildet.

Das phänomenale Körper-Ich ist ein Teil des Lebensraumes, der Lewin zufolge ein Feld darstellt und in dem die Tendenz zur guten Gestalt wirksam ist. Das phänomenale Körper-Ich ist ein Abbild des physikalischen Körpers, d. h. zwischen „Original“ und Abbild besteht eine kausal vermittelte Gestaltverwandtschaft, jedoch keine Identität und keine Isomorphie. Die „Kommunikation“ zwischen diesen beiden Bereichen erfolgt im PPN, einem hypothetisch angenommenen Bereich in der Großhirnrinde. In ihm (und nur in ihm) gilt die Isomorphieannahme, d. h. hier führen Veränderungen in der phänomenalen Welt unmittelbar zu isomorphen Veränderungen im Hirnfeld (Spannungszustände, Rezeptoren) und Veränderungen im Hirnfeld unmittelbar zu isomorphen Veränderungen in der phänomenalen Welt. Durch psychologische Umstrukturierung induzierte Veränderungen im physikalischen Körper außerhalb des PPN können nur mittelbar erfolgen, und zwar wenn die Veränderungen des Chemismus im PPN Veränderungen im Chemismus des restlichen Organismus hervorrufen. Ein anschauliches Beispiel entnehme ich Kästl (1996):

In meinem Organismus, im Magen finden Stoffwechselvorgänge statt, nehmen wir eine Übersäuerung an. Dieser Vorgang wird über afferente Nervenbahnen an das Hirn weitergeleitet. Dort finden wiederum hirnhysiologische Vorgänge oder Veränderungen im Psychophysischen Niveau statt, die allein bewusstseinsfähig sind. Bewusst werden mir im psychischen Bereich Empfindungen wie Schmerz, Druck, Brennen, Völlegefühl, die ich meinem Magen zuordne - gemeint ist hier der anschauliche Magen und nicht der physikalische Magen -, und Gefühle wie Trauer, Bedrücktsein, Verzweiflung oder Ärger über meinen Zustand. Dieser Zusammenhang meines physikalischen Organismus mit meinem erlebten Körper-Ich und meiner Gemütsverfassung beschreibt aber nur eine Seite.

Meine Gemütsverfassung kann seinerseits [sic] ebenfalls Veränderungen, nicht nur in meinem erlebten Körper-Ich, sondern auch physikalisch-chemische Veränderungen im Organismus veranlassen. Wenn wir von der Struktur-Identität der Bewusstseinsvorgänge mit den hirnhysiologischen Vorgängen im PPN ausgegangen sind, dann leuchtet auch ein, dass zu meinem Fühlen, Wollen, zu meiner persönlichen Lebenseinstellung und zu

meiner Lebenshaltung ein bestimmter Chemismus gehört, der über verschiedene Wege die Vorgänge im physikalischen Organismus regelt oder verändert. Als Beispiel sei hier nur der Adrenalinausstoß bei Zorn genannt.

Mit diesem Modell lassen sich z. B. auch die Theorien der Psycho-Neuro-Immunologie erfassen, deren Erklärung des Zusammenhanges zwischen psychischem Befinden und Immunsystem der oben beschriebenen sehr ähnlich sind (vgl. Tschuschke 2003), wengleich sie meines Erachtens bei weitem nicht so differenziert sind.

Dem gestalttheoretischen Modell von Psychosomatik nach kann man folglich behaupten, dass Psychotherapie, die zu Veränderungen der phänomenalen Welt führt, auch Veränderungen im physikalischen Körper bewirkt. Die Art der Veränderung kann dabei jedoch nicht „zielgenau“ bestimmt werden, wie es in der Schulmedizin durch Medikamente mehr oder weniger gut möglich ist. Da aber physikalischer Körper und phänomenales Körper-Ich in einem gestaltverwandtschaftlichen Verhältnis stehen, kann man vermuten, dass sich eine Stärkung der Selbstaktualisierungstendenz im (phänomenalen) Lebensraum auf die Prozesse der Selbstregulation und -organisation im physikalischen Körper positiv auswirkt.

2.3.7 Menschenbild (Grundzüge) der Gestalttheoretischen Psychotherapie

Die Gestalttheoretische Psychotherapie kann nicht einer der vier großen Richtungen in den Schulen der Psychotherapie eindeutig zugeordnet werden. Mit den tiefenpsychologischen Schulen verbindet sie die Auffassung, dass psychische Vorgänge dynamische Prozesse sind, mit den systemischen Richtungen die Überzeugung der Relevanz der Beziehung zwischen Teil und Ganzem (System) und mit den humanistischen Schulen die phänomenologische Vorgehensweise und die Überzeugung, dass

dem Menschen Kräfte innewohnen, die ihn prinzipiell zur Bewältigung seines Lebens befähigen und daß er vom Beginn seiner Existenz an mit der Bereitschaft lebt, diese Kräfte auch einzusetzen. (Walter 1994, S. 122)

Diese Haltung ist das existentielle Fundament gestalttheoretischer Psychologie und Psychotherapie, die „Tendenz zur guten Gestalt“. Diese Kräfte können aus den verschiedensten Gründen verschüttet, verkümmert oder deformiert sein. Psychotherapie soll helfen, Bedingungen herzustellen, unter denen solche Kräfte auftreten können bzw. Hindernisse, die ihrer freien Entfaltung im Weg stehen beseitigen.

In der Gestalttheoretischen Psychotherapie geht es also darum, einen „Ort schöpferischer Freiheit“ (Walter 1994) zu schaffen, d. h. für und gemeinsam mit der Klientin Rahmenbedingungen herzustellen, sodass die „Tendenz zur Guten Gestalt“ ungestört wirksam werden kann. Unter „schöpferischer Freiheit“ versteht Metzger (1962) einen Zustand, der durch die Anziehungskraft des Zieles bestimmt wird, aus seiner inneren Notwendigkeit und nicht durch innere oder äußere Zwänge.

Wenn bei echt schöpferischer Arbeit von Freiheit die Rede ist, so kann dabei die Freiheit nie im Sinn von Willkür oder Beliebigkeit gemeint sein, sondern stets nur im Sinn des Freiseins von inneren oder äußeren Hindernissen und Kräften bestimmter Art: nicht nur das Fehlen von Hindernissen, die dem Fortschreiten auf das Ziel hin im Wege stehen, sondern ebenso auch von solchen, die das Verfehlen des eben verfolgten Zieles äußerlich unmöglich machen sollen, und desgleichen nicht nur das Fehlen von Kräften, die vom Ziel ablenken, sondern ebenso auch von Kräften, die uns auf das Ziel hinstoßen oder hinlocken sollen, ohne daß sie selbst sachlich irgend etwas mit ihm zu tun haben. (Metzger 1962, S. 85)

Freiheit wird im Sinne Metzgers nicht als „Freiheit, Beliebigeres zu tun“ verstanden, sondern als „Freiheit, das Rechte zu tun“ (S. 75). Das „Rechte“ ist das im Sinne von Sachlichkeit (Gefordertheit der Lage) der jeweiligen Situation Angemessene. Voraussetzung für den (idealtypischen) Zustand der schöpferischen Freiheit ist der lebendige Kontakt zu sich und der Umwelt. Dieser erfordert Bewusstheit und Aufmerksamkeit: Das Denken, die Gefühle, die Intuition, die Körperempfindungen und das Handeln sollten wie alle Arten der Wahrnehmung, möglichst gut als Ganzes gegenwärtig und verfügbar sein. Hier schließt sich der Kreis zur Feldtheorie von Lewin. Wie wir gesehen haben, beeinflussen alle Aspekte, die im Lebensraum zu einem bestimmten Zeitpunkt wirken, das Erleben und Handeln des Menschen als bewusste oder auch nicht bewusste Kräfte.

Veränderung in der Psychotherapie geschieht primär durch Veränderungen der Erkenntnisstruktur (d. h. Einsicht) des Menschen mittels der Kraftfeldanalyse. Darunter versteht man eine möglichst umfassende Erfassung der Dynamik des aktuellen Lebensraumes. Hier kommt der Satz Lewins zum Tragen:

Eine richtige Darstellung dessen, was ‚ist‘, ist zugleich eine ‚Erklärung‘ dessen, was geschieht. (Lewin 1969, S. 99)

Besonderes Augenmerk gilt unbewussten, unerwünschten, verdrängten Aspekten oder allgemeiner gesprochen, noch wenig vertrauten Teilen und deren „Integration“, d. h. Akzeptanz als „vollwertige“ Aspekte des Lebensraumes.

Neue Einsichten bewirken zunächst eine Destabilisierung des alten Gleichgewichts und führen zu einer Verschiebung der Kräfteverhältnisse im Lebensraum und dadurch zu einer Umstrukturierung und Umzentrierung, zu einem neuen Gleichgewicht.

So wird das freie Wirken der Selbstregulationskräfte und Selbstorganisation verbessert, wodurch wiederum das „neue“ psychologische Feld an Differenziertheit und Prägnanz, d. h. Stabilität gewinnt. Je angemessen differenziert und prägnant der Lebensraum einer Person ist, desto besser kann sie sich auf neue Gegebenheiten und Herausforderungen einstellen, sich daran anpassen und situationsgerecht darauf reagieren.

Diese Charakterisierung impliziert nicht nur die Fähigkeit des Menschen, trotz ständiger Aufnahme neuer Phänomene in sein psychisches Feld sein Identitätsbewußtsein zu wahren, sondern auch die Fähigkeit, sich unter Wahrung seines Identitätsbewußtseins zu verändern.
(Walter 1996)

3 Empirischer Teil

Wie wir gesehen haben, wurde mittels der Metaphernanalyse im Bereich der psychoonkologischen Forschung dargelegt, welche Gruppen von Metaphern im Kontext von Krebserkrankungen sowohl von Patientinnen als auch von behandelnden Personen verwendet werden, wobei sich die Metapher des Krebses als Feind und die Kampfmetapher im Umgang mit dieser Krankheit als die am weitest verbreitete herausgestellt hat. Es wurden aber auch andere Metaphern gefunden und es wurde die Empfehlung ausgesprochen, die behandelnden Personen mögen die Metaphoriken aufgreifen, die von ihren Patientinnen verwendet werden, um eine bessere Gesprächsbasis zu haben. Dies ist ohne Zweifel ein sehr wichtiger Punkt in der Kommunikation, doch für den Bereich der Psychotherapie scheint mir dies als einzige Schlussfolgerung der Metaphernanalyse zu gering zu sein.

Ich möchte in diesem Kapitel anhand von sechs Falldarstellungen verschiedene Interventionsformen darstellen, mit denen die von den Patientinnen eingebrachten Metaphern im Sinne einer Kraftfeldanalyse produktiv genutzt werden können. Mit Hilfe dieser Interventionsformen soll der latente Inhalt der Metaphern herausgearbeitet werden, um in weiteren Schritten von den Patientinnen in ihren Lebensraum integriert werden zu können. Ich werde unter anderem eine „konfrontative“ Art der Interventionen vorstellen, in der es darum geht, sich „direkt“ mit dem Krebs auseinanderzusetzen: Mit der gestalttherapeutischen Technik des „leeren Stuhls“ gilt es, mit dem Krebs in Kontakt zu treten und sich auch mit seiner „Rolle“ zu identifizieren.

Die Identifikation mit dem Krebs kann ich (als Therapeutin) von meinen Klientinnen nur „verlangen“, wenn ich ihn nicht als das „Böse“ betrachte, das vernichtet werden muss, nicht als den Feind, den es zu zerstören gilt. Eine weitere notwendige Voraussetzung für die Arbeit mit Krebspatientinnen sehe ich in der bereits erfolgten Auseinandersetzung der Psychotherapeutin bezüglich ihrer eigenen Sterblichkeit und der Frage nach dem Sinn des Lebens. Die innere Haltung der Psychotherapeutin ist der Boden, von dem aus sie arbeitet - und nur wenn dieser Boden fest ist und Halt gibt, kann die Psychotherapeutin das für die Patientin notwendige Vertrauen ausstrahlen. Die Psychotherapeutin darf nicht gemeinsam mit der Patientin in der Angst vor der Erkrankung erstarren oder in einen agitierten Aktionismus verfallen. Diese Gefahr besteht vor allem in Situationen, in denen es keine Chance zur körperlichen Genesung gibt und in der es keine andere Hilfe gibt, nichts anderes zu tun gibt, als gemeinsam mit der Patientin die Situation auszuhalten.

Die Konfrontation mit der Erkrankung, in welcher Form, mit welcher Metapher sie auch immer repräsentiert wird, soll der Stärkung der „Kontrolle“ dienen, d. h. der Patientin ermöglichen, sich selbst nicht nur als „passiv“ Beteiligte, als ohnmächtiges Opfer der Erkrankung (und vielleicht der Medizin) zu sehen, sondern als Beteiligte, die selbst einen aktiven Beitrag zu ihrer Genesung leisten kann. Das Wort Genesung verwende ich hier in einem ganzheitlichen Sinn: Es geht nicht primär um die Gesundung von der physischen Krankheit Krebs, sondern darum, dass die Patientin einen realistischen Blick auf ihre Situation entwickeln kann, und dazu ist es auch notwendig, sich mit unangenehmen „Wahrheiten“ zu konfrontieren. Es geht um die Bewältigung von Angst, die sehr oft eine Angst vor der Angst ist. Einerseits Angst, sich mit sich selbst auseinanderzusetzen und Verantwortung für Handlungen oder auch Persönlichkeitsanteile zu übernehmen, die sehr wohl in der eigenen Verantwortung liegen. Angst, sich mit unerwünschten Schattenseiten (im Sinne C. G. Jung) beschäftigen zu müssen, die man doch viel lieber ganz tief in den Abgründen der Seele zu verstecken sucht. Andererseits natürlich auch Angst vor neuen Situationen und Anforderungen, mit denen man sich erst vertraut machen muss.

Nur das Akzeptieren der „Wahrheit“ - des „So-Seins“ des Lebensraumes (Umfeld und Person) - ermöglicht eine konstruktive Auseinandersetzung, eine aktive und befriedigende Bewältigung. Befriedigend muss nicht immer heißen, dass das passiert, was man möchte. Eine befriedigende Lösung kann auch darin bestehen, dass eine Patientin die Unausweichlichkeit des Todes akzeptiert und von ihrem Leben, von dem, was ihr wichtig ist, Abschied nimmt, um dann vielleicht „leichter“ sterben zu können.

Zur „Genesung“ gehört ein klarer Blick, ein genaues Hinschauen, um die Situation bestmöglich erfassen und so Entscheidungen treffen zu können. In schwierigen und beängstigenden Situationen ist es „normal“ und verständlich, wenn man „es nicht so genau wissen will“ - doch wird eine adäquate Reaktion dadurch verunmöglicht.

Die Schichtung in Ebenen größeren und geringeren Realitätsgrades ist eine allgemeine Eigenschaft des psychologischen Umfeldes der Person. Der Erwachsene flieht in die Irrealität, wenn die Realitätsschicht allzu spannungsvoll und unangenehm wird. Welchen Realitätsgrad jene Schichten haben, in denen der Schwerpunkt des Lebens eines bestimmten Individuums liegt, das ist von größter Bedeutung für sein ganzes Verhalten [...]. (Lewin 1982b, S. 218)

In den psychotherapeutischen Interventionen wird man also bestrebt sein, durch Nutzung der Irrealitätsschichten, der Phantasie, den Realitätsgrad der Sicht auf die Situation zu erhöhen, indem verschiedene bisher unbeachtete Aspekte beleuchtet werden (Siehe dazu auch das Zitat auf S. 59).

Hierbei ist es notwendig, sich nochmals in Erinnerung zu rufen, dass die psychotherapeutische Arbeit Arbeit im Lebensraum der Patientin ist (ihrer phänomenalen Welt), und dass der unmittelbare Rückschluss auf Geschehen im physikalischen Körper nicht zulässig ist. Der Krebs in der phänomenalen Welt ist etwas anderes als der Krebs im physikalischen Körper. In der phänomenalen Welt ist er (noch) immer vorhanden, auch wenn er im physischen Körper nicht (mehr) existiert.

3.1 Methodik

Ich werde anhand von sechs Fallvignetten die gestalttheoretisch fundierte psychotherapeutische Arbeit mit Krebspatientinnen und -patienten an und mit den von ihnen verwendeten Krebs-Metaphern darlegen. Die Patientendaten wurden anonymisiert. Mein Datenmaterial besteht aus Dokumentationen von Therapiestunden, die ich mit onkologischen Patientinnen und Patienten der Chirurgischen Abteilung des AKH Wien geführt habe. Die Gespräche fanden zum Teil während ihres stationären Aufenthaltes, zum Teil aber auch im ambulanten Setting im Zeitraum der Jahre 2004-2007 statt. Mein ursprüngliches Vorhaben, (auch) transkribierte Therapiestunden zu verwenden, scheiterte an der Nicht-Planbarkeit des Themas der Therapiestunden. Von der Möglichkeit, das Thema „Metaphern“ vorzugeben, habe ich nicht Gebrauch gemacht. Im Sinne der sechs Merkmale der Arbeit am Lebendigen* von Metzger (1962), ist es nicht angebracht, die direkte Konfrontation mit der Krebserkrankung als Thema zu einem x-beliebigen Zeitpunkt anzusprechen.

3.2 Falldarstellungen

3.2.1 Herr Winter

Zum Zeitpunkt der Diagnosestellung eines Colonicarcinoms mit Lebermetastasen ist Herr Winter 58 Jahre alt. Er erhält eine präoperative Chemotherapie, die den Tumor im Darm stark verkleinert und eine Antikörpertherapie gegen die Lebermetastasen. Nach neun Monaten wird er am Darm operiert und verstirbt zwei Monate später, nach einigen kurzen Aufenthalten bei sich zu Hause, im Krankenhaus. Ich lerne Herrn Win-

* 1. Nicht-Beliebigkeit der Form; 2. Gestaltung aus inneren Kräften des Gegenstandes; 3. Nicht-Beliebigkeit der Arbeitszeiten; 4. Nicht-Beliebigkeit der Arbeitsgeschwindigkeit; 5. Duldung von Umwegen; 6. Wechselseitigkeit des Geschehens.

ter nach seinem ersten Chemotherapie-Zyklus kennen und betreue ihn während seiner Krankenhausaufenthalte bis zu seinem Tod. Wir führen miteinander 33 Gespräche.

Herr Winter hat eine Tochter und einen Sohn, beide sind Anfang 20 und studieren an der Universität. Seine Frau starb fünf Jahre vor der Krebs-Diagnose bei einem Autounfall. Wenige Monate vor der Befundung seiner Erkrankung wurde er auf drastische Art von seinem langjährigen Arbeitgeber in „Pension“ geschickt: bis zum Erreichen des Pensionsalters wurde er bei vollen Bezügen freigestellt. Schon das ganze letzte Jahr litt er unter Verdauungsproblemen, konnte sich aber nicht darum kümmern, weil er in der Arbeit viel Stress hatte und durch die Pflege seiner an Alzheimer erkrankten Mutter zusätzlich belastet war.

Der plötzliche Tod seiner Frau und der Verlust seines Arbeitsplatzes sind zwei wichtige Themen unserer Gespräche. Die Trauer über den Tod seiner Frau nimmt in den ersten Monaten viel Raum ein. Herr Winter meint, das sei eine große Wunde, die noch nicht verheilt sei und um die er sich auch nicht gekümmert habe. An diesem Punkt stellt sich die Frage, wie er sich um diese seelische Wunde kümmern könnte. Wie kümmert man sich um etwas, das man nicht angreifen kann, das man nicht sehen kann, das man nicht hören kann? Um etwas, das sehr abstrakt ist? Hier kann man das Potential der Metapher nutzen, einen abstrakten Tatbestand durch einen „äquivalenten“, konkreten Tatbestand anschaulich zu machen. Man kann die Transponierbarkeit in den Ausdrucksmodalitäten von Wesenseigenschaften nutzen (siehe Kapitel 2.2.2). Dazu kann die Technik der Visualisierung angewendet werden und ich schlage Herrn Winter eine Visualisierungsübung vor: Er möge mir beschreiben, wie die Wunde aussehen würde, handelte es sich um eine körperliche Verletzung. Doch Herr Winter lehnt diese Übung ab, er ist ein sehr rationaler Mensch und hat Schwierigkeiten, seiner Phantasie freien Lauf zu lassen, bzw. bezweifelt er, ob das wirklich für etwas gut sein könne. Hier wird die starke Trennung spürbar, die Herr Winter zwischen der Realitätsebene und der Irrealitätsebene gezogen hat. Diese Barriere verhindert den Zugang zur Irrealitätsebene und wird durch eine massive Abwertung der Irrealitätsebene aufrechterhalten.

Die Krankheit ist für ihn ein körperliches Problem, welches in die Zuständigkeit der Ärzte fällt und das mit seiner seelischen Verfassung in keinem Zusammenhang steht. Er befolgt die Anweisungen der Ärzte, eine weitere Auseinandersetzung mit der Erkrankung ist nicht nötig und aus seiner Sichtweise auch nicht möglich. Eine Beziehung zwischen Körper und Seele existiert für Herrn Winter nur in dem Sinn, als er den Körper als „Transporttier“ für die Seele sieht. Körperliche Vorgänge, die nicht willkür-

lich steuerbar sind, erlebt er sehr Ich-fern. Sie haben mit seiner Person im eigentlichen Sinn wenig zu tun und sind daher nicht durch ihn beeinflussbar. Gestalttheoretisch gesehen heißt das, dass im Lebensraum von Herrn Winter ein großer Bereich des phänomenalen Körper-Ich durch eine starke Barriere nahezu abgespalten und daher unzugänglich ist.

Im Umgang mit seinen Gefühlen hat Herr Winter Schwierigkeiten: Er ist sich ihrer zwar bewusst, jedoch kann er sie nur sehr schwer zulassen. Meistens versucht er mittels Rationalisierungen seine Gefühle in den Hintergrund zu drängen bzw. zu kontrollieren. In unseren Gesprächen geht es deshalb oft in erster Linie darum, seine Gefühle, zunächst seine Trauer, später dann auch Ärger und Aggression, sein zu lassen, sie zu spüren, sie auszudrücken und nicht gegen sie anzukämpfen und einfach nur weghaben zu wollen.

Nach fünf Monaten Chemotherapie zeigt eine Coloskopie eine drastische Verkleinerung des Colocarcinoms, doch die Lebermetastasen haben nicht im selben Ausmaß reagiert. Deshalb erfolgt die Umstellung der Therapie auf eine Antikörper-Therapie.

Herr Winter spricht in einer folgenden Stunde über die Wunde, die der Tod seiner Frau in ihm hinterlassen hat, und stellt eine Verbindung zu seiner Erkrankung her: Die Wunde hat konkret die Gestalt seines Tumors angenommen, den er Sebastian nennt. Hier passiert etwas Interessantes: Herr Winter verknüpft seine körperliche Erkrankung mit einer seelischen Verletzung. Er sieht den Tumor als Verkörperung des Schmerzes über den Tod seiner Frau. Der Krebs ist nun nicht mehr ein rein körperliches Problem, sondern wird Teil des seelischen Bereiches: Die strikte Trennung zwischen Körper-Ich und Ich im phänomenalen Erleben des Patienten ist für einen kurzen Moment aufgeweicht; es gibt einen Austausch, sonst könnte sich ein Gefühl nicht körperlich manifestieren. Gleichzeitig mit dieser Aufweichung der Barriere zwischen Körper-Ich und Ich wird auch die Barriere zwischen Realitäts- und Irrealitätsschicht durchlässig. Die Benennung des Tumors mit dem Namen Sebastian deutet auf eine Personifikation hin, die weitere Möglichkeiten der Bearbeitung des Themas zuließe.

Die Metaphern, die am offensichtlichsten ontologischen Charakter haben, sind vielleicht diejenigen, bei denen das physische Objekt näher spezifiziert wird in Gestalt einer Person. Mit Hilfe dieser Metaphern können wir eine Fülle von Erfahrungen mit nichtpersonifizierten Entitäten begreifen, indem wir diesen Erfahrungen menschliche Motivationen, Merkmale und Tätigkeiten zugrunde legen. (Lakoff & Johnson, S. 44)

Ich versuche, diesen kleinen Spalt in der Barriere zwischen Körper-Ich und seelischer Verfassung offen zu halten und frage Herrn Winter, ob er etwas für den Tumor Sebastian, die personifizierte Trauer, tun könne. Darauf reagiert Herr Winter sehr ableh-

nend: Wie er dazu komme, für Sebastian etwas zu tun. Dieser sei wie ein Eindringling in seine Wohnung eingebrochen und sitze nun in seinem Wohnzimmer. In so einem Fall würde er die Polizei holen, um den Eindringling entfernen zu lassen. Nun, da es ein Tumor und kein Einbrecher ist, seien die Ärzte für die Entfernung zuständig. Der Spalt ist wieder geschlossen.

Meine Versuche scheitern, Herrn Winters Neugierde auf Sebastian zu wecken und mit ihm in Kontakt zu treten. Auf meine Frage, ob er sich vor Sebastian fürchte, meint er nur kurz angebunden, dass er keine Angst vor Sebastian habe. Dieser sei einfach nur lästig und solle verschwinden. In einer nächsten Stunde versuche ich nochmals auf Sebastian zurückzukommen, doch Herr Winter distanziert sich arrogant von seinem Krebs: auf sein Niveau wolle er sich nicht begeben. Die mit dem Krebs konnotierten Gefühle sind Ärger, Aggression und Zorn.

Ich finde die Metapher mit dem eingedrungenen Sebastian, der in Herrn Winters Wohnzimmer sitzt, sehr ansprechend. Jemand, dessen Namen er kennt - der ihm also nicht ganz unbekannt ist - dringt in seine Wohnung ein und bleibt im Wohnzimmer sitzen. Sebastian hat sich ihm aufgedrängt, ist mit ihm in Kontakt getreten, aber Herr Winter will nichts mit ihm zu tun haben und ruft nach der Polizei, die ihn aus der Wohnung entfernen soll. Herr Winter unternimmt nicht einmal einen kleinen Versuch, mit Sebastian selbst in Kontakt zu treten. Etwas hat sich in Herrn Winters Bewusstsein gedrängt, doch er will es nicht wahrhaben, will sich nicht damit auseinandersetzen, jemand soll es entfernen. Ich kann nur spekulieren, was es sein könnte:

Der Tod ist vor fünf Jahren in Herrn Winters Leben eingebrochen, hat sich mitten ins Wohnzimmer gesetzt und sitzt noch immer dort. Einmal durch die noch nicht bewältigte Trauer um seine Frau und ein zweites Mal durch die Krebsdiagnose. Er macht die Ärzte dafür verantwortlich, den Tod zu entfernen. Damit verlangt er 1) von den Ärzten etwas Unmögliches und verhindert für sich 2) eine fruchtbare Auseinandersetzung mit dem Thema, verhindert eine „Integration“ des Todes als Teil des Lebens.

Der Ruhestand ist in sein Leben eingebrochen, hat sich ins Wohnzimmer gesetzt und sitzt noch immer dort. Seine Vorgesetzten haben im Sinne eines „Heuschrecken“-Kapitalismus rational gehandelt. In ihrer Welt ist kein Platz für Gefühle und „Sentimentalitäten“ wie Anstand, Dankbarkeit oder Loyalität. Hier pervertiert sich Herrn Winters Glaube an die Rationalität: Er, der die Ratio über alles stellt, wird in ihrem Namen als „unwirtschaftlich geworden“ klassifiziert und „folgerichtig“ entsorgt. Vielleicht hat sich

mit Sebastian eine Ahnung in sein Bewusstsein eingeschlichen, dass er im Leben seine Gefühlsebene vernachlässigt hat. Auch hier verhindert er durch sein Ignorieren die nötige Integration letzterer.

Oder allgemein gesprochen: In Herrn Winters Lebensraum gibt es sehr starre Barrieren, die wichtige Bereiche, wie z. B. die Irrealitätsebene und die Gefühlsebene und bestimmte Themen, wie den Tod seiner Frau, nahezu unbegehrbar machen und seinen Handlungsspielraum eingrenzen und beengen. Sein Lebensraum zeichnet sich durch große Rigidität und durch starre Ordnung aus. Dadurch ist der Spannungsausgleich zwischen benachbarten Systemen gehemmt, der Grad des Anpassungsvermögens und der Umstrukturierungsmöglichkeiten sind eingeschränkt. Dennoch gehen von diesen abgetrennten, vorbewussten oder verdrängten Bereichen Kräfte/Valenzen aus, die u. a. durch bestimmte Metaphern, z. B. Sebastian, ins Bewusstsein treten.

Irrealitätsschichten, die flüssiger sind als Realitätsschichten, werden folglich durch Wünsche und Furcht leichter beeinflusst. Darin ist der Grund zu suchen, warum Träume und Tagträume die Bedürfnisse von Kindern widerspiegeln. Das erklärt auch, dass in der Phantasie und in den Träumen Bedürfnisse ans Licht kommen, die vom ‚gesellschaftlichen Leben‘ durch soziale Tabus ferngehalten werden. (Lewin 1963, S. 306)

Mit Sebastian dringt ein bisher brachliegendes Bedürfnis in einer noch zu entscheidenden Form ans Licht. Es liegt in Herrn Winters Verantwortung, sich diesen abgespaltenen/abgetrennten Bereichen zuzuwenden, doch er entscheidet sich, Sebastian nicht zu antworten.

3.2.2 Herr Engl

Herr Engl ist 57 Jahre alt, als ein Melanom diagnostiziert wird, welches großflächig operativ entfernt wird. In einem zweiten Schritt sollen die in der Umgebung des Melanoms liegenden Lymphknoten entfernt werden, dafür muss jedoch die Wunde der ersten Operation verheilt sein. Die Therapiestunde, deren Gedächtnisprotokoll ich anschließend anführe, findet in dieser Zeit des Wartens statt.

In früheren Gesprächen beschreibt sich Herr Engl selbst als friedliebenden Menschen, der keine oder wenig aggressive Impulse hat und der Konfrontationen meidet, wo immer es geht. Sein Weg ist der des Verhandeln und der Kompromisse, oft auch zu seinen Lasten. Aufgrund seiner Konfliktscheue fällt es ihm schwer, (s)eine klare Grenze zu ziehen und diese zu verteidigen. Er ist der Meinung, dass aggressives Verhalten und Gefühle der Wut und des Ärgers nicht zielführend seien. Diesen Gefühlsbereich lehnt Herr Engl vehement ab, sodass man schon fast von einem abgekapselten Bereich sprechen

könnte. Selbst in der Phantasie ist es für ihn schwierig, aggressiven Impulsen nachzugeben. Die „Täter“-Rolle behagt ihm überhaupt nicht und Kampf ist nicht sein Ding.

Herr Engl zeichnet eine Krebszelle (siehe Abbildung 6) und kommentiert das Bild mit: „Eine schwarze Zelle mit Armen, die um sich greift, wächst und Raum fordert.“

Den Krebs beschreibt er so:

entartete Zellen, die von meinem Körper Besitz ergreifen, ihn umbringen wollen;
Primärtumor, der Satelliten bildet, um sein zerstörerisches Werk zu erreichen; Verlust der
Körperkontrolle; Kampf auf Leben und Tod, kein Kompromiss, keine Pause; aggressiv,
zerstörerisch, unbeirrbar, tödlich, schnell

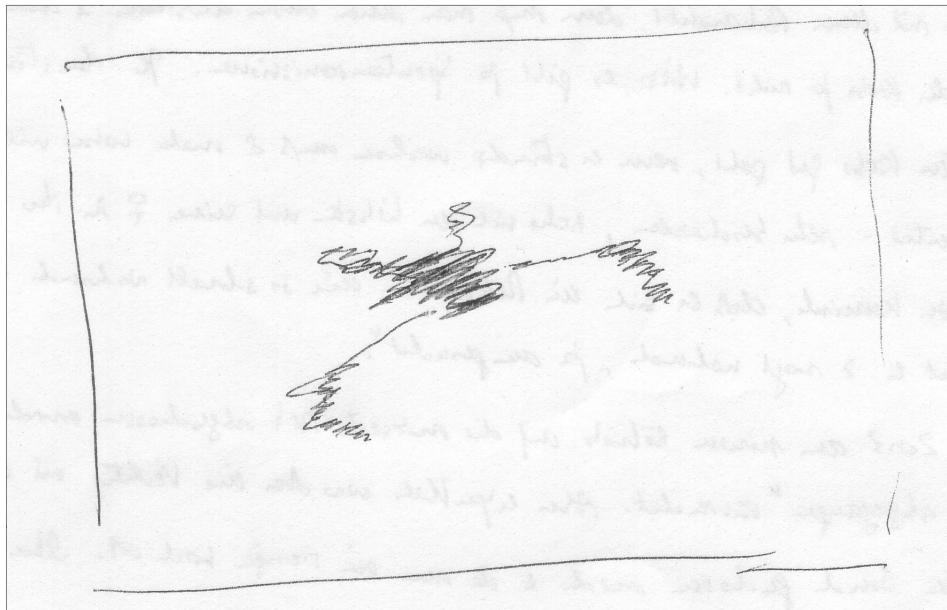


Abb. 6: „Krebszelle“

Er sieht den Krebs als etwas, das ihn töten will. Es ist das „absolut Böse“, dem man mit Verhandlungen nicht beikommen kann. Gegen ihn muss er kämpfen, obwohl das sonst nicht seiner Art entspricht, den Dingen zu begegnen. Kämpfen ist eigentlich gegen seine Natur. Der Krebs hat Eigenschaften, die Herr Engl für sich total ablehnt - und die er an sich leugnet. Man kann hier von einer Retroflexion sprechen und in den psychotherapeutischen Interventionen wird es darum gehen, diese Retroflexion Schritt für Schritt aufzulösen.

Gedächtnisprotokoll der Therapiesitzung

Herr Engl ist sehr besorgt, weil die Wunde nicht verheilen will, sehr viel Flüssigkeit produziert. Und doch ist das Verheilen der Wunde Voraussetzung für die nächste Operation, bei der die befallenen Lymphknoten entfernt werden sollen. Er spürt großen Zeitdruck, hat Angst, dass sich die Metastasen weiter in seinem Körper ausbreiten. Er fühlt sich auch sehr ohnmächtig - was kann er schon tun? Ja, er kann versuchen zu entspannen, sich nicht zu

sehr aufzuregen - da merkt er, dass die Lymphknoten anschwellen - aber sonst? Ich erlebe diese Vorstellung als sehr schrecklich: ich habe Angst, doch ich darf mich nicht aufregen, weil das schadet und etwas anderes kann ich nicht tun. Bzw. spüre ich seine Hilflosigkeit einerseits, andererseits aber auch seine ‚Überzeugung‘, nichts bewirken zu können.

Ein wichtiges Thema für ihn ist das Thema: Kampf - Auseinandersetzung - Aggression - Wut. Er geht Auseinandersetzungen aus dem Weg und „stellt“ sich auch heute nicht seiner Erkrankung. Er schickt seine Lymphknoten und Immunabwehr vor - hält sich sozusagen von der Front fern. Um ihn „näher“ an das Geschehen zu bringen, greife ich auf ein Bild zurück, das er in einer früheren Sitzung zur Beschreibung des Krebses verwendet hatte und frage ihn, ob er sich vorstellen könne, seinem Krebs gegenüberzutreten. Er sagt, er könne nicht etwas außerhalb von sich „sehen“, was doch in ihm ist. Ich frage, ob er sich vorstellen könne, ganz klein zu werden, vielleicht einen halben Zentimeter klein und dann durch eine Körperöffnung in seinen Körper zu schlüpfen, um zu schauen, wie es im Körper aussieht. Diese Vorstellung ist kein Problem für ihn und er geht in seinen Körper hinein und lässt sich durch die Lymphe zu den betreffenden Lymphknoten treiben. Dort sieht er seinen Krebs: schwarze Zellen, die Verbindungen zu den Blutgefäßen herstellen, um Energie zu erhalten und weiter wachsen zu können. Er ist nun dabei, diese Verbindungen wieder zu unterbrechen, doch der Krebs ist sehr schnell und Hr. Engl kann mit diesem Tempo nicht mithalten. Ich frage, ob er eine andere Strategie anwenden könne. Dazu fällt ihm nichts ein und ich frage ihn, was er zu Hause bei einem Wasserrohrbruch tun würde. Na den Haupthahn zudrehen. Ist das in seinem Bild auch möglich? Ist es möglich, das Areal um den Krebs von der Energie / Blutzufuhr für eine Weile abzuschneiden? Ist das für das gesunde Gewebe überhaupt tragbar? Er meint, das gesunde Gewebe könnte ca. eine halbe Stunde ohne Energie auskommen, ohne größeren Schaden zu leiden, doch die Krebszellen würden innerhalb kürzester Zeit (ein paar Minuten) sterben. Also macht er sich daran, die Blutzufuhr und auch den Lymphstrom zu unterbinden - er bindet die entsprechenden Gefäße ab - und schaut dann zu, wie die Krebszellen sterben. Es ist sehr brutal und ich empfinde auch Mitleid mit den Krebszellen - sie sind schließlich auch ein Teil von ihm und frage, welche Gefühle er zu diesem Sterben hat. Er schaut ungerührt und mit Genugtuung zu.

Nachdem wir diese Arbeit beendet haben, frage ich ihn, wie es ihm nun gehe. Er fühle sich jetzt besser, habe im Moment weniger Angst und weniger Zeitdruck. Und er hat das Gefühl, dass er etwas tun kann und nicht nur passiv erdulden und abwarten muss. Er erlebt einen großen Unterschied zwischen seiner passiven Unterstützung (durch Entspannung die Lymphknoten in ihrer Arbeit unterstützen) und dem aktiven Eingreifen in das Geschehen (sozusagen im Kampf Seite an Seite mit den Lymphknoten).

Herr Engl befindet sich in einer nahezu unaushaltbaren Situation: die nächste Operation sollte so schnell wie möglich erfolgen, doch muss zuerst die erste Wunde abheilen. In der Zwischenzeit können die Metastasen ungehindert ihr Werk fortführen. Herr Engl kann nichts tun. Er muss warten, bis die Wunde verheilt ist. In früheren Situationen hat er die Erfahrung gemacht, dass die Lymphknoten weniger geschwollen und weniger schmerzhaft sind, wenn er in einem entspannten Zustand ist und so fordert er von sich, möglichst ruhig und entspannt zu bleiben. Aber er ist nicht wirklich ruhig und

entspannt, sondern er versucht die Gefühle der Unruhe und des Zeitdrucks zu verdrängen, um einen „Scheinzustand“ der Entspannung zu erreichen. Er zwingt sich (aktiv) in eine passive Rolle, weil er glaubt, 1) aktiv nichts anderes tun zu können und 2) dadurch seinen Körper in dessen Tätigkeit zu unterstützen.

Er wendet auch die Simonton-Methode an und stellt sich vor, wie die Immunabwehr in seinen Lymphknoten gegen die Metastasen kämpft. Auch hier begibt er sich in eine passive Rolle: Er schaut zu, wie sein Immunsystem arbeitet und kann auch hier im Prinzip nur warten. Als zweiter Aspekt kommt noch hinzu, dass er sich aus dem Kampf, der Konfrontation herausnimmt und sein Immunsystem kämpfen lässt. Dieses ist zwar ein Stückchen Ich-näher als der „Kampf der Ärzte gegen seinen Krebs“, den er auch unterstützt, jedoch ist er noch immer distanziert. Er ist es nicht, der sich „die Hände schmutzig macht“, es ist sein Immunsystem. Seiner eigenen Vorstellung, gegen den Krebs kämpfen zu müssen, um überleben zu können, kommt er nicht nach.

Die Spannung, unter der Herr Engl steht, ist nahezu unerträglich und ich suche einen Weg, wie sie abgebaut werden könnte, wie sein Widerstand von einem passiven in einen aktiveren übergeführt werden könnte. Ich schlage ihm eine Konfrontation mit dem Krebs vor und er lässt sich sofort auf das Bild ein. Die Beschreibung, wie er die einzelnen Verbindungen der Krebszellen zu den Blutgefäßen unterbindet, die jedoch so schnell sind, dass er nicht mithalten kann, ist eine sehr beängstigende. Der Gedanke „den Haupthahn abdrehen“ hat seinen Ursprung in der Hypnosetherapie, wo dieses Bild z. B. bei Zahnextraktionen erfolgreich verwendet wird, um die Heftigkeit der Blutungen zu verringern. Herrn Engl gelingt dieses Zudrehen und er sieht, wie die Krebszellen sterben. Es ist ein Massaker, dem er ungerührt und mit Genugtuung zuschaut. Hier zeigt Herr Engl zum ersten Mal sein Aggressionspotential, seine Wut und vielleicht sogar seinen Hass ungeschminkt. Er zeigt seine Schattenseite, die er sonst hinter seiner Friedfertigkeit verbirgt und er unternimmt keinen Versuch, sie zu beschönigen oder zu relativieren. Hier ist die Retroflexion des „Bösen“ auf den Krebs ein Stück weit aufgehoben, auch wenn er seine Aggression noch auf eine passive Art - nämlich im Zuschauen - lebt. Auch das Abdrehen der Blutzufuhr ist ein „sublimierter“ aggressiver Akt, da er die Aggression nicht direkt an seinem Feind „auslebt“. Doch auch dieses Zulassen der aggressiven Impulse führt zu einem spürbaren Spannungsabbau.

Bei den Visualisierungsübungen ist es äußerst wichtig, die Situationen, besonders auch die Tätigkeiten, genau beschreiben zu lassen. Durch die genaue Beschreibung der

Situation werden Handlungsmöglichkeiten sichtbar, die anschließend ausprobiert und auf ihre Tauglichkeit geprüft werden können. Durch die Beschreibung des Tuns, der einzelnen Schritte, wird das phantasierte Erleben näher an die Realitätsschicht gebracht. Dies führt zu einer Stärkung des Vertrauens in das eigene Handeln und in das Gefühl, (auch) in einer (realen) Situation aktiv eingreifen und etwas bewirken zu können.

3.2.3 Frau Schmid

Frau Schmid ist 51 Jahre alt. Ihr wurde aus dem kleinen Becken ein kindskopfgroßer Tumor operativ entfernt, eine Tochtergeschwulst des Rectumcarcinoms, wegen dem sie vor ca. einem Jahr operiert wurde. Unser Gespräch fand während ihres stationären Aufenthaltes nach ihrer Operation statt.

Fr. Schmid bietet von sich aus ein Bild vom Krebs an. Schon vor ihrer ersten Operation hatte sie ein Bild von ihm: er sieht aus wie ein Krebs und er ist weiß. Der erste große Krebs hat über eine Rampe, die sie ihm gebaut hatte, ihren Körper verlassen und hat sich im Terrarium niedergelassen, das Fr. Schmid für ihn bereitet hat und in dem er heute noch lebt. Nun haben sich in ihrem Bauch viele kleine Krebse niedergelassen, die dort fressen und sich vermehren. Fr. Schmid möchte, dass auch diese ihren Körper verlassen, um im Terrarium zu leben. Ich frage sie, warum die Krebse weggehen sollten und sie antwortet: „Weil ich es will.“ Ich bin der Meinung, das wird wohl zu wenig sein. Man müsste den Krebsen wohl einen Grund bieten, „ihr Territorium“ (freiwillig) zu verlassen.

Zum weiteren Verständnis der Situation schlage ich Fr. Schmid die Identifikation mit einem der Krebstierchen vor, was ihr auch spontan gelingt. Sie beschreibt: es lebt im Bauch von Fr. Schmid und es geht ihm gut. Es hat im Überfluss zu fressen und viel Gesellschaft. Es wüsste nicht, warum es von dort weggehen sollte. Ich frage es, ob es merkt, dass es von seiner „Wirtin“ unerwünscht sei und es meint, in der Ferne gäbe es dunkle Wolken, aber darum möchte es sich im Moment nicht kümmern. Es ist so schön hier und warum sollte es sich den Kopf zerbrechen. Erst wenn es direkt betroffen wäre, wenn es wirklich blitzen und donnern würde, würde es sich darum kümmern. Jetzt möchte es einfach nur fressen und sich mit den anderen unterhalten. Zu den Wolken will es überhaupt nicht schauen, weil die dann näher kommen. Frage nach, ob die Wolken näher kommen, weil es hinschaut (also Ursache - Wirkung), doch das kann es nicht bestätigen. Vielleicht kommen die auch so näher. Jedenfalls ist die Ruhe dahin. Es kann nicht mehr so tun, als sei nichts. Die Wolke bedroht es, es hat das Gefühl, dass für beide, die Wolke und es, nicht Platz ist. Nun kommt es auf die Idee, Fr. Schmid zu beauftragen, ihm einen neuen Ort zur Verfügung zu stellen - einen ihm angemessenen Ort! Es erwägt eventuell, das Angebot des Terrariums anzunehmen - aber dann müsste Fr. Schmid schon einen roten Teppich auslegen. Es bemerkt über sich selbst: ziemlich präpotent! Ich frage es, warum Fr. Schmid das tun sollte. Es antwortet: „Sie möchte mich ja weghaben.“ Ja, aber nun ist es so, dass das Krebstierchen weg möchte, es sieht seine Felle davonschwimmen, die Situation hat sich verändert. Es ist nicht mehr der Boss. Das macht ihm auch Sorge. Wenn Fr. Schmid das mitbekommt, dann schaut's nicht gut aus. Bisher hat es die Bedingungen diktiert. Jetzt muss es schauen, dass es sich

noch in Würde zurückziehen kann und nicht in Schimpf und Schande vertrieben wird. Die Hoffnung, dass Fr. Schmid diese ganzen Überlegungen vergessen könne oder nicht konsequent danach handeln würde, hat das Krebstierchen nicht. Es steckt in den Überlegungen, ob es diesen Ort verlassen soll, jetzt schon verlassen soll. Und es ist überzeugt, dass sich die anderen Krebstierchen seiner Entscheidung anschließen würden.

An diesem Punkt bitte ich Fr. Schmid aus der Identifikation wieder auszusteigen. In der kurzen gemeinsamen Reflexion frage ich Fr. Schmid, was die Aussagen vom Krebstierchen mit ihrer Lebenswirklichkeit zu tun hat. Und sie meint, dass sie sich oft unterkriegen lässt, sich nicht zu behaupten getraut, klein beigibt. Sie scheut die Konfrontation und lässt geschehen. Fr. Schmid spricht in einer ausgesprochen passiven Form von sich: sie wird von anderen überfahren, sie wird in der Arbeit vom Krebs angetrieben und sie sieht nicht den Anteil, den sie zu den Situationen beiträgt.

Das Bild, das Fr. Schmid zu ihrer ersten Krebserkrankung und der Operation hatte, ist ein sehr harmonisches und liebliches Bild. Sie baut ihrem Krebs ein Terrarium, in dem er leben darf und er verlässt ihren Körper freiwillig über eine Rampe. In dieser Erzählung gibt es keine Anzeichen für (heftige) Gefühlsregungen, beide verhalten sich sehr „vernünftig“ und sind nett zueinander und dürfen glücklich und zufrieden bis ans Ende ihrer Tage leben, der Krebs in seinem Terrarium und Fr. Schmid ohne Krebs. Doch leider stimmt das Bild nicht. Der Krebs hat Fr. Schmid's Körper nicht freiwillig verlassen, er wurde herausgeschnitten, lebt auch nicht mehr, und Fr. Schmid ist nicht krebsfrei.

Dies ist ein Beispiel für eine Visualisierung auf einer sehr hohen Irrealitätsebene ohne Bezug zur Realitätsschicht. Sie entspricht einem Wunschdenken und hat mit der Realitätsebene nichts zu tun, da es keine Möglichkeit einer praktischen Umsetzung, keine Konsequenzen für das Handeln gibt. Fr. Schmid denkt sich das Problem einfach auf wundersame Art und Weise weg. Obwohl das Bild nicht „stimmt“, möchte Fr. Schmid es nochmals auf dieselbe Art versuchen und meint, die Krebstierchen würden ihren Körper verlassen, weil sie es will.

Die wenigsten Dinge passieren nur deshalb, weil wir es wollen und so möchte ich in ihr Wunschdenken ein wenig „Realität“ bringen, indem wir gemeinsam versuchen herauszufinden, was ihr Krebs will. Es geht hier wiederum nicht um die Zellen im physikalischen Körper, sondern um die Repräsentation des Krebses in der phänomenalen Welt von Fr. Schmid. Ich frage Fr. Schmid, ob sie sich vorstellen kann, die Situation aus der Sicht eines der Krebstierchen in ihrem Bauch zu beschreiben - d. h. in der Identifikation mit dem Krebs - was ihr spontan und ohne Abwehr gelingt.

In dieser Identifikation lebt Fr. Schmid Gefühle, Verhaltensweisen und Persönlichkeitsanteile aus, die sie in ihrem „wirklichen“ Leben nicht zu besitzen meint, da

sie unerwünscht sind (z. B. das forsche, arrogante Auftreten der Krebstierchen). In der Identifikation sind sie leicht zugänglich und es scheint ihr auch Spaß zu bereiten, diese Anteile - als Krebs - auszuleben, doch ist ihr noch nicht klar, dass *sie* das *ist*. Sie kann es noch nicht bewusst zulassen, dass diese Eigenschaften Teile von *ihr* sind. Teile, die sie in ihrem Leben bisher verdrängt, vernachlässigt, verleugnet hat. Die Integration dieser Anteile in das Selbstbild hat noch nicht stattgefunden.

Die Identifikation mit dem Krebs hat weiters Aufschluss darüber gegeben, auf welche Art und Weise Fr. Schmid sich mit ihm auseinandersetzen sollte, was sie ihm entgegenhalten kann. In der Identifikation mit dem Krebs ist eine Ambivalenz zum eigenen präpotenten Auftreten spürbar: Einerseits kann dadurch Unsicherheit überspielt werden und Fr. Schmid durch guten Bluff zum Rückzug veranlasst werden, andererseits ist auch Verwunderung spürbar, dass sie dieses Spiel nicht durchschaut und sich so viel bieten lässt. Es gibt im Krebs einen latenten Wunsch nach Grenzziehung durch Fr. Schmid: Sie soll sich ihrer ungeteilten Befugnisgewalt in ihrem „eigenen Haus“ bewusst werden, was ein entsprechendes Verhalten ihrerseits bedingen würde. Es ist nicht nur ihr Recht sich zu verteidigen, sondern in gewisser Weise auch ihre Pflicht und man könnte sagen, dass der (phänomenale) Krebs von Fr. Schmid die Erfüllung ihrer Pflicht fordert.

In einem weiteren Gespräch, das während eines weiteren stationären Aufenthaltes einen Monat später stattfindet, wiederholt sich das Thema auf einer anderen Ebene:

Sie erzählt kurz, wie es ihr geht und dass sie ihre Psychotherapie wieder aufgenommen hat und mit ihrem inneren Kind arbeitet. Ein wichtiges Thema ist ihre Selbstkritik, mit der sie sich schon seit der Pubertät quält: ihr Körper entspricht nicht ihren Vorstellungen von einem weiblichen Körper, sie sieht zu burschikos aus. [Ich bezweifle, dass sich ihre Selbstkritik nur auf ihr Aussehen bezieht und nicht auch auf charakterliche Eigenschaften.] Ich rege sie an, die zwei Seiten in sich zu spüren, die eine, die kritisiert (K) und die andere, die kritisiert wird (WK). Sie identifiziert sich sehr mit K und ich frage sie, wie es WK geht. WK fühlt sich als kleiner Klumpen, während es K als hohen grauen Stein sieht, der sich nicht bewegen kann, der keine Arme hat. Sein Gesicht ist so hoch oben, dass WK das, was K sagt, gar nicht auf sich beziehen müsste. WK sieht, dass K ihr eigentlich gar nichts anhaben kann und es fällt ihr ein, dass sie ja einfach weggehen könnte. Dieser Gedanke ist nicht wirklich neu, aber sie hat ihn bisher nicht in die Tat umgesetzt. Nun tut sie es - sie geht auf einen Berg und ist bald auf gleicher Höhe mit dem Gesicht von K, aber in so großer Entfernung, dass sie K nicht mehr hören kann. Dort „entfaltet“ sie sich: jetzt kann sie endlich tun, was sie tun will. Was das genau ist, weiß sie aber noch nicht. Auf meine Nachfrage, wie es WK nun mit K geht, antwortet Fr. Schmid, es gäbe kein Gefühl für K. Ich ordne einen Wechsel in die Position von K an und hier gibt es ein wenig Trauer darüber, dass WK weggegangen ist: „Aber ich sehe sie ja noch.“ Es gibt auch Erleichterung, dass WK endlich gegangen ist,

Verwunderung, dass sie sich die Kritik von K so lange hat gefallen lassen. Hier stellt Fr. Schmid einen Bezug zu unserer letzten Arbeit her, wo sich der Krebs in gewisser Weise dieselbe Frage gestellt hat. Fr. Schmid erzählt nun, dass sie Konfliktbewältigungsseminare besucht hat und dort immer sehr durchsetzungsfähig war - nur im „wirklichen“ Leben kann sie ihre Fähigkeiten nicht umsetzen. Sie habe nicht nur burschikos ausgesehen, sie wäre auch gern auf Bäume geklettert, aber das habe sie sich versagt. [Hier bestätigt sich mein Zweifel, dass es nicht nur um das Aussehen sondern auch um Charaktereigenschaften geht.] Ich stelle die Vermutung an, sie habe aufgrund ihres wenig weiblichen Aussehens versucht, dies auf der Ebene des Verhaltens zu kompensieren und sich besonders weiblich, sprich passiv, angepasst usw. zu geben. Wann ist eine Frau eine Frau? Auf diese Vermutung antwortet sie mit einem Lachen - ich hätte einen wichtigen Punkt in ihr angesprochen.

Hier wiederholt sich das Thema der unerwünschten Eigenschaften und Persönlichkeitsanteile. Es gibt sehr wenige und eingegrenzte Bereiche in ihrem Lebensraum, in denen sie diese ausleben darf, doch im „wirklichen“ Leben kann Fr. Schmid sie noch nicht in ihr Selbstbild integrieren. Die Frage verändert sich nunmehr dahingehend, ob sie als Frau „erkannt“ wird, wenn sie sich so zeigt, wie sie ist. Metzger (1962) sieht im Konformitätsdruck ein „störendes Nebenziel“, das der schöpferischen Freiheit entgegensteht. Die Stärke der Wirkung des Konformitätsdrucks hängt von äußeren und inneren Bedingungen ab: die äußeren Bedingungen werden dadurch festgelegt,

in welchem [Maß] eine Gesellschaft bereit ist, unter ihren Mitgliedern verschiedenartige, voneinander abweichende, ja sogar gegensätzliche Anschauungen zu dulden und zu achten; und falls sie dazu nicht bereit ist, von dem Maß, in welchem die Vertreter abweichender Anschauungen von ihr verdächtigt, abgelehnt, geächtet und verfolgt werden. (S. 104)

Die inneren Bedingungen des Konformitätsdrucks erklärt Metzger mit folgenden Worten:

Sein [des Konformisten, IA] Hauptbestreben ist, von der Gruppe anerkannt und als einer der Ihren angenommen zu werden und zu bleiben, seine Hauptangst, den Unwillen der Gruppe auf sich zu ziehen und von ihr abgelehnt und ausgestoßen zu werden. Darum fürchtet er sich davor, durch abweichende Ansichten in Gegensatz zu ihr zu geraten. So verliert er schließlich das Vertrauen auf seine eigenen Quellen und auf seine eigene Fähigkeit, zu denken. (S. 105)

Im Fall von Fr. Schmid wäre nun mit ihr zu prüfen, wem sie die Definitionsmacht der „Weiblichkeit“ zuspricht und ob diese Definitionen für sie angemessen sind. Ein weiterer Schritt wäre, sie in der Entwicklung ihres eigenen Wertesystems, in der Entwicklung einer „echten“ Selbständigkeit zu unterstützen, um das Vertrauen in ihre eigenen Quellen (wie Metzger es ausdrückt) zu stärken und die daraus resultierende Energie wieder frei zugänglich zu machen.

Der Schritt in die Identifikation mit dem „Bösen“ setzt eine psychotherapeutische Grundhaltung voraus, die Verena Kast (1999) folgendermaßen beschreibt:

[...], dass wir annehmen, dass eine Gestalt nicht durch und durch böse ist, dass es wohl eher das Bild unserer Angst ist, die eine Gestalt so durch und durch böse erscheinen läßt. (S. 115)

Diese Haltung gilt es auch dem Krebs gegenüber einzunehmen, und das sowohl der phänomenalen Repräsentanz der Erkrankung gegenüber als auch den Vorgängen im physikalischen Körper (vgl. 2.2.6). Verena Kast schreibt über diese Technik der Imagination:

Mit der Technik der Imagination werden Probleme nicht vorschnell gelöst, sie werden wohl ein erstes Mal bebildert, können daher zunächst einmal wahrgenommen und erfahren werden.

Diese inneren Gestalten, vor denen wir uns fürchten, sind Anteile von uns selbst, die uns ängstigen; oft sind es Bilder für abgespaltene Komplexe, für Seiten unseres Wesens, die dringend mitleben müßten, die wir aber aus irgendeinem Grund nicht mitleben lassen. (S. 119)

Ein Beispiel dafür, wie sehr die angstmachenden Anteile darauf drängen, mitleben zu dürfen, finden wir in der folgenden Falldarstellung.

3.2.4 Frau Wolf

Frau Wolf ist 66 Jahre alt und wurde ca. acht Monate vor der angeführten Therapiestunde an einem Mammacarcinom brusterhaltend operiert. Sie erhält postoperativ Bestrahlungen, Chemotherapie und anschließend ein Jahr lang Herceptin®, eine Anti-Körper-Therapie. Frau Wolf kommt seit ihrer Operation wöchentlich zur ambulanten Psychotherapie ins Krankenhaus.

Frau Wolf berichtet von einer Kontrolluntersuchung, die erfolgte, nachdem sie ihre Bestrahlungen abgeschlossen hatte. In dieser teilte ihr der behandelnde Arzt mit, sie müsse noch für ein Jahr eine dreiwöchentliche Herceptin®-Injektion erhalten, „damit Sie so lang wie möglich gesund bleiben.“ Diese Aussage hat sie ziemlich aus der Bahn geworfen, da sie diese so interpretierte, dass es nur eine Frage der Zeit sei, wann der Krebs wiederkommen würde, bzw. dass sie, wenn sie die Injektionen verweigern würde, nur noch ein halbes Jahr zu leben hätte.

Vor ein paar Wochen hatte Fr. Wolf für mich den Aufsatz geschrieben „Wenn ich meine Augen schließe und versuche, mir ‚den Krebs‘ bildlich vorzustellen, dann sehe ich...“. Der erste Satz darin lautet: „... ein riesengroßes schwarzes Monster, das von oben auf mich herabzustürzen scheint. Eine bedrückende, lebensbedrohliche Situation.“ Ich nehme Bezug auf dieses Bild und bitte sie, dieses Monster genauer zu beschreiben. Sie sieht eine große,

dunkelschwarze Wolke, die undurchdringbar scheint. Die Grenzen sind ausgefranst und es hat „hunderttausend Arme, wie ein Tintenfisch, aber der hat ja nur acht“, mit denen es Fr. Wolf zu greifen sucht. Eine Kontaktaufnahme mit diesem Monster ist nicht möglich, es ist zu furchtbar, und Fr. Wolf hat Angst, „schlafende Hunde zu wecken“, wenn sie es anspricht, um zu fragen, was es von ihr wolle. Sie hat die Phantasie, dieses Monster könne sie mit einem „Armschlag“ umbringen, und sie glaubt, dieses Monster sei eine strafende Instanz.

Ich frage Fr. Wolf, ob sie sich vorstellen könnte, dieses Wolken-Monster zu sein und zu beschreiben, wie es ihr in dieser Rolle gehe. Sie meint, es sei lustvoll zu sehen, wie dieses arme kleine Menschlein Angst vor ihr hat. Es mache Spaß, Angst und Schrecken zu verbreiten. Auf die Frage, welche Gefühle das Monster für Fr. Wolf empfinde, ist es für sie zunächst schwierig, in der Identifikation eine Antwort zu finden. Doch langsam nimmt sie ein Gefühl wahr, das sie nicht erwartet hatte: Zuneigung. Das Monster möchte von Fr. Wolf, dass sie mit sich selbst gut umgehe, sich weiter entwickle, wachse. Dieses Gefühl, von jemandem gemocht zu werden, überwältigt Fr. Wolf. Damit hatte sie nicht gerechnet. Sie bricht in Tränen aus. Sie, die von ihrer Mutter nicht geliebt wurde, hat durch diese Versagung nicht gelernt, sich als liebenswürdigen Menschen zu empfinden und die Liebe, die ihr entgegengebracht wird, anzunehmen. Ich frage sie, wie sich diese Liebe des Monsters anfühlt und sie antwortet: „Warm.“ Doch sie hat Angst, diese Wärme bewusst wahrzunehmen und zuzulassen, weil sie den Moment fürchtet, an dem sie diese Liebe nicht mehr spüren könnte. Der Verlust wäre unaushaltbar. Und so schließt sie sich in ihren Turm ein (ein Bild aus früheren Sitzungen) - dort kommt niemand hin, dort kann sie nicht verletzt werden - aber dort ist sie sehr einsam. Das Monster möchte von ihr, dass sie mutiger wird - die Liebe zulässt, sich öffnet, bereit wird, zu erhalten, zu nehmen statt immer nur zu geben. Es möchte, dass sie ihre Überzeugung, sie sei nicht würdig geliebt zu werden, hinterfragt, bearbeitet, um sich schlussendlich von ihr befreien zu können.

Auf meine Frage, ob sich das Monster verändert habe, antwortet Fr. Wolf, es sei kleiner geworden, heller und es sei weiter weg. Doch sie fürchte sich noch immer vor ihm - es kann jederzeit wieder groß werden und sie mit einem Schlag vernichten. Sie spürt großen Druck, sich endlich zu verändern, sich endlich zu öffnen. Sie fürchtet, wenn sie nicht ‚gehört‘, wird das Monster wieder böse. Ein letzter Wechsel in die Position des Monsters bringt als Antwort, dass das Monster will, dass Fr. Wolf sich entwickle - und es habe drastische Mittel anwenden müssen, um überhaupt wahrgenommen zu werden, aber so grausam, Fr. Wolf zu vernichten, sei es nicht. Fr. Wolf spürt Erleichterung, fühlt sich von dem Monster nicht mehr bedroht - hat aber Angst, dass ihr zu wenig Zeit bleiben könne, diese wichtige Geschichte in ihrem Leben abzuschließen. Ich teile diese Befürchtung nicht mit ihr, glaube, dass sie genug Zeit dafür hat.

In der anschließenden Übersetzung dieses Bildes in die „Wachwirklichkeit“ zeigt sich, dass auch im Umgang mit ihr lieben Menschen ein Teil verschlossen bleibt. Sie liebt, aber sie kann sich nicht lieben lassen. Sie umarmt, aber sie lässt sich nicht umarmen. Das Empfangen, das Nehmen, das Geben-lassen versagt sie sich, weil sie niemandem zu Dank verpflichtet sein will. Sie kann sich für sich nicht vorstellen, dass jemand ihr etwas schenken möchte, weil sie sie ist. In der Metapher des Monsters steckt ein

wichtiges Thema, das durch die Auseinandersetzung mit ihm „entschlüsselt“ werden kann. Im Fall von Fr. Wolf verweist das Monster auf die problematische Beziehung zu ihrer Mutter, und es stellt die dringliche Forderung, sie möge sich damit auseinandersetzen.

Das Monster ist Symbol für einen unbewussten, vorbewussten oder verdrängten Aspekt, der durch die Auseinandersetzung mit ihm einer bewussten Bearbeitung zugänglich gemacht wird. Durch das Erkennen des Monsters kann es sich zurückziehen und/oder verändern - es verliert seine ängstigenden Eigenschaften. Der Fokus wird auf das gerichtet, was noch zu erledigen ist und die Forderung ist stark, das Leben zu nutzen, um die Dinge zu tun, die schon mehr oder weniger lang der Erledigung harren (drückt sich durch die Angst aus, vielleicht nicht mehr genügend Zeit zu haben).

Hier zeigt sich die „Tendenz zur Wiederaufnahme unerledigter Handlungen“ (Walter 1994, S. 52ff.), eines der über hundert nachgewiesenen Gestaltgesetze (siehe 2.3.4). Sie beschreibt das (Quasi-)Bedürfnis oder den Wunsch, offene Gestalten, offene Geschichten zu einem „guten“ Ende zu bringen, um sie abschließen zu können. In ihr drängt die „Tendenz zur guten Gestalt“ zur Entfaltung.

3.2.5 Herr Olmert

Herr Olmert ist 43 Jahre alt und ist an einem Magencarcinom erkrankt. Er erhält präoperativ zwei Zyklen Chemotherapie, die den Tumor auf ein Drittel seines ursprünglichen Volumens schrumpfen lassen und unterzieht sich ca. zwei Monate nach Diagnosestellung einer Operation, bei der der gesamte Magen mit umliegenden Lymphknoten (ca. 30) entfernt wurde. Das Carcinom konnte komplett entfernt werden, ein Lymphknoten zeigte Mikrometastasen. Die beschriebenen Therapiestunden finden zur Zeit nach der Diagnosestellung und vor dem ersten Chemotherapiezyklus statt.

Das erste, was ihm zum Thema Krebs einfällt, ist „Zellen, die nicht sterben können, weil ihr Selbstmordmechanismus ausgeschaltet ist“. Dann erzählt er von seinem Vater, der mit 42 Jahren an einem Darmcarcinom verstarb. Herrn Olmert beschäftigt seitdem mehr oder weniger dringlich die Frage, ob er auch so jung sterben wird. Er vermutet, sein Krebs habe zu wachsen begonnen, als er 42 war, also ein Jahr zuvor. Hr. Olmert ist sehr angespannt, weil die Operation nicht sofort stattfinden wird. Er will den Krebs so schnell wie möglich los werden und fühlt sich nun zum Warten verurteilt. War-

ten gehört nicht zu seinen Stärken. Um ihm zu zeigen, dass er in der Zeit des Wartens auch etwas tun kann, schlage ich ihm eine Visualisierungsübung vor.

Seinen Krebs stellt er sich wie das Alien aus dem gleichnamigen Film vor: es ist etwas kleiner als er, schwarz, mit einem großen Gebiss und scharfen Klauen. Es steht ihm in zwei bis drei Meter Entfernung in Angriffsposition gegenüber. Er sieht sich selbst mit einer großen Axt im Anschlag, bereit, den Angriff abzuwehren. In der Situation, wie sie Hr. Olmert darstellt, ist es für mich nicht klar, ob das Alien angreifen will oder ob es selbst in Verteidigungsposition ist. Für mich ist nur ein Gefühl spürbar: Furcht. Ich teile diese Empfindung Herrn Olmert mit und frage ihn, ob er überprüfen könne, welche Absichten das Alien habe. Diesem Vorschlag steht Hr. Olmert sehr ablehnend gegenüber, er wüsste gar nicht, wie er mit dem Alien sprechen solle. Ich leiste etwas Überzeugungsarbeit, bis er schließlich den Versuch wagt, das Alien zu fragen, ob es Deutsch spreche. Darauf schaut das Alien ganz erstaunt und antwortet mit „ja“. Hr. Olmert ist seinerseits erstaunt, dass das Alien erstaunt reagiert hat und wertet dies als positives Signal. Erstaunen und Furcht schließen einander aus, die Situation hat sich ein wenig entspannt.

In der folgenden Sitzung erzählt Hr. Olmert, dass er in der Zwischenzeit die Axt habe sinken lassen und dass sich das Alien hingesetzt habe. Nach wie vor gibt es zwischen den beiden Misstrauen, doch sie erklären sich bereit, ehrliche Verhandlungen miteinander zu führen.

Diese Verhandlungen kann ich leider nicht mehr begleiten, da Herr Olmert entlassen wird und mein Angebot einer ambulanten Psychotherapie nicht annimmt. Wir sehen uns erst bei seinem stationären Aufenthalt im Zuge der Operation wieder. Zu diesem Zeitpunkt ist die Auseinandersetzung mit dem Alien nicht wichtig, sondern die Bewältigung der Operation.

Paul Tholey (1997) hat sich in seinem Buch über Klartraumtechnik mit der Umgangsform mit feindlichen Traumgestalten auseinandergesetzt und festgehalten, dass die sprachliche Auseinandersetzung mit den Traumfiguren auf jeden Fall einer kämpferischen vorzuziehen ist, da diese

viel besser dazu geeignet [ist], über die sowieso anzustrebende Einigung mit der Traumgestalt zu einer Konfliktlösung zu gelangen. Solche Einigungen können verschiedenes bewirken. Zum einen die Wiedereinordnung abgespaltener oder verdrängter Grundbedürfnisse in die Persönlichkeit [...]. Zum anderen kann eine solche Einigung die Anpassung verinnerlichter Beziehungspersonen an die Gesamtpersönlichkeit [...] bewirken. [...] Letzten Endes wird die immer wiederkehrende Einigung mit den Traumgestalten dazu führen, dass die personifizierten Teile der Persönlichkeit des Träumers nicht mehr

gegeneinander, sondern miteinander, also zusammen arbeiten. So kann der Träumer dann auch im Wachen den sachlichen, sozialen und emotionalen Anforderungen seines Lebens immer besser gerecht werden. (S. 120)

In der Gestalttheoretischen Psychotherapie gibt es keinen *wesentlichen* Unterschied zwischen der Wachwirklichkeit und der Traumwirklichkeit. Sie unterscheiden sich nicht in ihrer Erscheinungsweise, sondern in ihren Entstehungsbedingungen: Für die Gestaltung von Träumen sind nicht äußere Sinnesprozesse hauptverantwortlich, sondern unbewusste Prozesse (vgl. Tholey 1989). Man kann also die Tholeyschen Umgangsregeln mit Traumfiguren auf Figuren in Visualisierungen und natürlich auch auf reale Personen anwenden.

3.2.6 Frau Nobile

Frau Nobile ist Theologin, verheiratet, hat zwei kleine Töchter (sechs und vier Jahre alt) und arbeitet als Volksschullehrerin. Sie ist 40 Jahre alt als ein Mammacarcinom diagnostiziert wird. Ihre Brust wird erhaltend operiert. Drei Monate später treten starke Rückenschmerzen auf und ein Knochenscan zeigt Knochenmetastasen in einem Brustwirbel. Hinzu tritt ein inflammatorisches Rezidiv in der Brust. Sie unterzieht sich einer Chemotherapie, in der Hoffnung, dass die Brust nicht amputiert werden muss, doch der erhoffte Erfolg stellt sich nicht ein. Siebzehn Monate nach der ersten Brustoperation erfolgt eine Ablatio, bei der jedoch der Tumor nicht komplett reseziert werden kann, obwohl auch Teile des Brustmuskels entfernt wurden. Nach einer langwierigen Heilungsphase der Operationswunde unterzieht sich Fr. Nobile weiteren Chemotherapien. Circa ein Jahr nach der zweiten Operation werden Hirnmetastasen gefunden, die erfolglos bestrahlt werden. Zwei Monate nach Diagnose der Hirnmetastasen beschließt Fr. Nobile, die Therapien zu beenden. Sie verstirbt in einem Hospiz im Kreis ihrer Familie.

Nach ihrer ersten Operation führen wir ein erstes Gespräch das seine Fortsetzung erst nach der zweiten Operation findet. Wir treffen uns zu insgesamt 36 Gesprächen, die zum Teil im stationären und zum Teil im ambulanten Setting stattfinden. Auch in diesem Fall werde ich, dem übergeordneten Thema entsprechend, aus dem Therapieverlauf einige Sitzungen herausgreifen. Ich bin mir bewusst, dass ich damit nur einige Episoden aus der Geschichte von Fr. Nobile wiedergebe und ich damit ihrer Auseinandersetzung mit sich und ihrer Krankheit nicht gerecht werde. Deshalb bitte ich Fr. Nobile, mir dies zu verzeihen.

In unserer siebten Therapiestunde wagen wir den Versuch der Auseinandersetzung mit dem Krebs. Zu diesem Thema steigt in ihr das Bild der Französischen Revolution auf. Die Massen stürmen durch die Straßen, plündern, brandschatzen, zerstören. Sie gehört nicht zum Pöbel. Sie weiß nicht, warum die Leute randalieren und will es auch gar nicht wissen. Ihr ist es die ganze Zeit gut gegangen, nun fühlt sie sich belästigt und will nur, dass jemand kommt und endlich wieder für Ordnung und Ruhe sorgt. Fr. Nobile zeigt den revoltierenden Massen gegenüber absolutes Desinteresse, Ignoranz und Arroganz. Sie erlebt sich als Leidtragende, die nicht weiß, wie ihr geschieht und spaltet alle „bösen“ (sprich aggressiven) Teile ab und schiebt sie den anderen zu. Die Identifikation mit einer ausgesuchten Person aus den Reihen der Revolutionäre gelingt nicht, dazu verurteilt sie deren Handeln zu sehr. Auch der Kontakt aus ihrer Position ist halbherzig: sie versucht mit aufgesetzter Freundlichkeit und „faulen“ Angeboten die Revolutionäre ruhigzustellen. Fr. Nobile weiß, dass sie manipuliert - sie steht nicht offen hinter ihrem Willen, sondern versucht mit Tricks die anderen dazu zu bringen, das zu tun, was sie will. Gleichzeitig „spielt“ sie das Unschuldslamm. In dieser Auseinandersetzung wird jedoch trotzdem deutlich, dass die Revolutionäre ihr Spiel durchschauen und zeigen, dass sie sich nicht mehr „abspeisen“ lassen.

Auch bei Fr. Nobile begegnen wir einem enormem Aggressionspotential, das sich in den revoltierenden Massen zeigt und der extremen Abspaltung und Retroflexion dieses Gefühls. Die Haltung, die sie den Revolutionären gegenüber einnimmt, spiegelt sich natürlich auch in unseren Sitzungen wieder. Ich habe lange Zeit das Gefühl, dass Fr. Nobile die Therapie nicht ernst nimmt. Sie nimmt mein Angebot in Anspruch, doch sie lässt sich nicht ein. Sie „trickst“, tut so, als würde sie eine Therapie machen, um den Krebs oder wen sonst immer zu beruhigen, scheint aber nicht ernsthaft die Absicht zu haben, sich mit sich selbst auseinanderzusetzen.

Nach sechs Wochen und acht Sitzungen kommt es zur nächsten direkten Auseinandersetzung mit dem Krebs. Dieses mal gelingt Fr. Nobile die Identifikation mit dem Krebs und sie spürt die Aggression, die in ihm steckt. Doch sobald sie wieder in ihre Position wechselt, ist alles wie ausgelöscht und sie fällt in ihre Opfer-Haltung zurück: Sie möchte nur einfach wieder „normal funktionieren“. Dazu kann und will ich ihr nicht verhelfen. Sie ist keine Maschine, die funktionieren soll, sondern ein lebendes Wesen. Das Leben funktioniert nicht - es lebt. Es ist wichtig, die eigenen Bedürfnisse und Gefühle wahrzunehmen und ernst zu nehmen.

Die starke Abspaltung der aggressiven Gefühle ist ein wenig aufgeweicht, sie kann sie kurzzeitig bewusst wahrnehmen, ihre Kraft und auch ihre existenziellen Berechtigung spüren. Doch das Terrain ist noch zu bedrohlich und gefährlich, was sich darin zeigt, dass sie sich, sobald sie aus der Identifikation ausgestiegen ist, an das in der Identifikation Erlebte nicht erinnern kann.

Sechs Monate und fünf Sitzungen später kommt es zur dritten Begegnung mit dem Krebs. Das Bild hat sich verändert: sie sieht eine Volksschulklasse. Die Kinder sind aufgebracht,

weil ein anderer Lehrer sie ungerecht benotet hat. Sie findet die Kinder „mit ihren vor Aufregung geröteten Backen“ nett. Sie hört ihnen zu, nimmt sie und ihre Probleme jedoch überhaupt nicht ernst. In der genauen Beschreibung dieses Bildes fällt ihr auf, dass sie auch mit ihrer Tochter so umgeht und es gelingt ihr auch, zu sich selbst den Bezug herzustellen: sie nimmt sich selbst ebensowenig ernst und wichtig.

Diese Erkenntnis rüttelt sie auf und weicht die festgefahrenen Positionen und Barrieren etwas auf. Sie zeigt in den folgenden Sitzungen mehr Bereitschaft sich einzulassen und die andere Seite ihrer selbst, die Krebszellen, zu hören. Die Zellen waren durch eine lebensfeindliche „Über-Ordnung“ zu sehr eingeengt, sind ausgebrochen und stehen jetzt in einem lebensfeindlichen Chaos. Die Aufgabe, die sich daraus stellt, ist, eine lebensfreundliche Ordnung zu finden, die Halt gibt und gleichzeitig Freiheit, aber nicht Beliebigkeit ermöglicht. Dazu ist das Lernen und Erleben von Vertrauen notwendig: Vertrauen in die Selbstordnungskräfte der „Welt“, d. h. dem Vertrauen, dass Dinge sich auch gut entwickeln können, wenn sie nicht strikt kontrolliert werden und dem Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, gegebenenfalls auftretende Schwierigkeiten bewältigen zu können.

3.3 Zusammenfassung

Anhand der dargestellten Fallvignetten habe ich darzulegen versucht, wie mit Krebsmetaphern der Patientinnen und Patienten auch gearbeitet werden kann. Die Voraussetzung für diese Art der Interventionen ist die Einstellung der Psychotherapeutin, den Krebs nicht als zu besiegenden Feind zu betrachten, sondern ihm offen gegenüberzutreten.

Ich gehe davon aus, dass sich in Krebsmetaphern, ähnlich wie in Träumen, latente Inhalte manifestieren (vgl. 2.2.4.1). Eine systematische Erfassung und Klassifikation von möglichen Krebsmetaphern halte ich für die psychotherapeutische Arbeit für zweitrangig, da jede Metapher einer starken intra- und interpersonellen Variation unterliegt (vgl. 2.2.4.3). Die manifeste Metapher kann nur einen sehr oberflächlichen Eindruck von den ablaufenden psychischen Prozessen vermitteln. Für tiefergehendes Verstehen ist die möglichst weitgehende Decodierung des latenten Inhaltes notwendig.

Durch die Auseinandersetzung mit dem metaphorisch personifizierten Krebs werden Themen, die für die Patientin von großer Wichtigkeit sind, in das Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt. In der Regel handelt es sich um für die Patientin existenzielle Themenkomplexe: um Persönlichkeitsanteile, die „noch nicht mitleben“ dürfen; um Verletzungen, die noch nicht verheilen konnten; um Dinge, die es zu erledigen gilt.

Ich bin der Meinung, dass der Krebs in seiner eigenen Art auf diese Lebensfragen verweist (wie es übrigens das „Leben an sich“ auch tut), halte jedoch den Umkehrschluss, dass die „unzulängliche Behandlung“ von solchen Fragen zur Entstehung von Krebs führt, für nicht zulässig. Patientinnen stellen in ihren subjektiven Krankheits-theorien manchmal für sich diesbezügliche Zusammenhänge her, was mit schweren (neurotischen) Schuldgefühlen verbunden sein kann. Nach Verena Kast (1989) zeichnen sich neurotische Schuldgefühle dadurch aus, dass „nicht erkannt [wird], daß das Schuldgefühl Ausdruck dafür ist, daß etwas Neues, eine Aufforderung zu neuem Leben an uns ergeht, sondern sie werden als Ausdruck eines Versäumnisses interpretiert. Dieses Versäumnis kann dann intensiv und unproduktiv beklagt werden.“ (S. 111) Davon zu unterscheiden sind die existenziellen Schuldgefühle, über die Kast folgendes schreibt:

Schuldgefühle [...] haben die Funktion, dem Menschen deutlich zu machen, was er in seine Verantwortung nehmen soll, bzw. daß etwas Wesentliches seines Lebens nicht in Verantwortung genommen ist, oder einfacher ausgedrückt: daß er/sie sich etwas essentiell Wichtiges für das eigene Leben schuldig bleibt. So gesehen ist diese Form von Schuldgefühlen - existenzielle Schuldgefühle - ein Hinweis auf wesentliche eigene Lebensmöglichkeiten. (Kast 1989, S. 110 f.)

Somit wird es in der Psychotherapie mit Patientinnen auch Ziel sein, die Ebene der neurotischen Schuldgefühle zu überwinden, um den aktuellen Bedürfnissen und Anforderungen nachkommen zu können.

In der Arbeit mit onkologischen Patientinnen gibt es viele verschiedene Aspekte und Themen, die je nach Standort im Krankheits- oder Gesundungsprozess aktuell werden. Die Krankheit an sich kann dabei mehr oder weniger im Vordergrund stehen, oder als „Randbedingung“ erlebt werden. Die in dieser Arbeit vorgestellte Interventionsmöglichkeit bezieht sich auf einen ganz speziellen Aspekt in der Bewältigung der Erkrankung, welcher nicht zwangsläufig bei jeder Patientin aktuell werden muss. Das Wesentliche ist die ihr zugrundeliegende Haltung, die, falls notwendig, diese Art der Auseinandersetzung möglich macht.

4 Resümee

Beim Schmökern in der psychoonkologischen Literatur ertappe ich mich immer wieder auf der Suche nach „Gleichgesinnten“: auf der Suche nach Personen, die den Krebs nicht als „böartigen Feind“ betrachten, der mit allen Mitteln bekämpft werden muss, sondern die den Krebs als das sehen, was er ist: als Erkrankung. Meistens wird die gängige Feind-Metapher unhinterfragt übernommen und perpetuiert, manchmal findet man in der Literatur auch Kritik daran. Eine echte Alternative, ein alternatives Modell habe ich bisher jedoch noch nicht gefunden. Hans-Peter Bilek, einer der Gründer der Österreichischen Gesellschaft für Psychoonkologie, hat z. B. 1997 in einem Artikel Überlegungen angestellt, warum die Krebserkrankung mit der Beifügung „böartig“ versehen wurde. Auf der Suche nach einer Erklärung vergleicht er zunächst die Krebserkrankung mit anderen Erkrankungen, ob Krebserkrankungen spezielle Eigenschaften haben, die diese Zuschreibung rechtfertigen würden. Er bleibt erfolglos und übernimmt sie dann wieder mit den Worten: „[...] aber wie auch immer - der Begriff der Böartigkeit ist nun einmal so in der Medizin etabliert [...]“ (S. 154) und sucht nach einem „tieferliegenden“ Grund dafür. Bilek vermutet diesen in der Ähnlichkeit der Prozesse während der Embrionalentwicklung und der Prozesse im Tumorwachstum. Beide Prozesse haben nach Bilek mit Aggression zu tun: „Auch auf der Ebene des Somatischen existiert die Aggressivität in zweierlei Formen; einerseits als unabdingbare Voraussetzung für die Ernährung des Feten und damit die Erhaltung der Art und andererseits - und jetzt bin ich drauf und dran zu sagen - als pervertierte Form, als Form, die die Zerstörung des Individuums zur Folge hat.“ (S. 155)

Die psychoanalytische Trennung in Todes- und Lebenstrieb überzeugt mich nicht. In der Natur gibt es keinen Todestrieb. Alles Leben ist auf die Erhaltung des Lebens ausgerichtet und nicht auf dessen Zerstörung. Und alles Leben ist dem Wandel und der Veränderung unterworfen - solange es Wandel und Veränderung gibt, gibt es Leben. Selbstverständlich gibt es „das Böse“: es kommt durch die Freiheit des Menschen in die Welt, Beliebigeres zu tun. Der Mensch hat die Möglichkeit sich gegen die Gesetze des Lebens zu verhalten.

Wenn wir versuchen, das Krebsgeschehen „wertfrei“ aus heutiger medizinischer Sicht zu beschreiben, dann können wir das folgendermaßen tun: Die Krebszelle ist genuiner Teil des physikalischen Organismus, in dem sie durch genetische Veränderungen einer vormals gesunden Zelle entsteht. Sie ist nichts Körperfremdes. Durch die geneti-

sche Mutation besitzt sie Eigenschaften, die sie das tun lassen, was sie tut, weil sie die Eigenschaften hat, die sie hat. Die Krebszelle hat keine Absicht, sondern sie tut, was alle anderen Zellen auch tun: sie teilt sich. Die Zellteilung erfolgt dabei nicht unbedingt in einem größerem Tempo als bei gesunden Zellen. Jedoch ist die Regulation des Wachstumsabschlusses eingeschränkt oder aufgehoben, sodass der unbehandelte Tumor (in der Regel) immer weiter wächst.

Dieses Wachstum macht aus der Krebserkrankung eine lebensbedrohliche Erkrankung, an der jährlich viele Menschen sterben und die deshalb natürlich nicht „wertfrei“ gesehen werden kann. Eine Krebserkrankung bringt oft Leid, Siechtum und Tod mit sich und so ist es nicht verwunderlich, dass allein schon durch das Wort „Krebs“ viele Ängste evoziert werden. Ängstigende Geschehnisse werden sehr oft mit der Eigenschaft „böse“ bedacht und so wird auch die Krebserkrankung als „bösartiges“ Geschehen bezeichnet. Mit der Zuschreibung „böse“ wird gleichzeitig (wenn auch unbewusst) ein *absichtliches Tun* unterstellt, für das jemand verantwortlich sein muss. Und schon ist die Krankheit personifiziert: Der Krebs - das „Böse“ - das „Andere“, dem nur auf eine Art begegnet werden kann: mit Kampf. Denn *er* hat die Absicht das Leben zu zerstören.

Dieser Sichtweise folgt oft eine Einengung der Möglichkeiten des Verhaltens auf einen einzigen Aspekt: den des Kampfes gegen die Krankheit. Viele Menschen fühlen sich aus dem Fluss des Lebens herausgerissen und haben das Gefühl, erst dann wieder am Leben teilhaben zu können, wenn die Krankheit besiegt ist. Durch die Fokussierung auf die Krankheit, durch die penible Beobachtung der Krankheit, ist das Handeln der Behandlerinnen und Patientinnen oft nur eine Reaktion auf die „Bewegungen des Feindes“. Das Tempo, das Geschehen wird vom Krebs diktiert. In einer Kampfsituation ist es vernünftig, den Feind nicht aus den Augen zu lassen - eine Folge davon ist jedoch, dass alles andere nicht mehr gesehen werden kann. Der Kampf ist das, was zählt und jede Ablenkung, jedes Zögern muss vermieden oder verdrängt werden. Daraus folgt nicht selten eine „Tyrannei des positiven Denkens“, in dem Zweifel keinen Platz haben dürfen und die damit verbundene oftmalige Überforderung der Patientinnen. Der Kampf endet mit dem Tod einer der beiden Kampfparteien, meist mit dem der Patientin. Nicht deshalb, weil die meisten Patientinnen am Krebs versterben würden, sondern weil sie „mit“ ihrem Krebs sterben. Auch wenn die Krankheit „besiegt“ ist, bleibt sie als potentielle Bedrohung (in der phänomenalen Welt der Patientin) präsent - die vor allem in der Zeit der regelmäßigen Kontrolluntersuchungen virulent ist. Die Zeit der „Genesung“ ist eine Phase des Waffenstillstands - dauerhaften Frieden gibt es keinen.

Die Entwicklung dieser Denkprozesse und Reaktionsmuster ist nachvollziehbar und verständlich - dennoch könnten aus dem Krankheitsgeschehen auch andere Schlüsse gezogen werden, bzw. dafür eine andere Metapher verwendet werden. In der Arbeit mit Patientinnen und geprägt durch das gestalttheoretische Menschen- und Weltbild, ist in mir die Frage aufgetaucht, was sich ändern würde, würde ich die Krebserkrankung als „ganz normal lebensbedrohliche“ Krankheit sehen. Welche Aspekte würden sich neu erschließen, würde ich mich von der Indoktrination mit der Kampfmetapher befreien können.

In erster Linie verändert sich meine Grundhaltung, in der ich als Psychotherapeutin meinen Patientinnen begegnen kann. Ich sehe mich nicht als Verbündete im Kampf gegen den Krebs, sondern als Verbündete in der Pflege des Lebens. Ich halte der Metapher des Kampfes, die im Endeffekt eine Metapher des Hasses ist, eine Metapher der Liebe entgegen. Dies bedeutet, dass ich die Patientin in ihrer Ganzheit annehme, mit ihren hellen und dunklen Seiten, dass ich nicht ihre Spaltung in einen erwünschten (den gesunden) und einen unerwünschten Teil (den Krebs) übernehme.

Das „Modell der Krankheit“ ermöglicht eine andere Art der Auseinandersetzung mit der Erkrankung: leben *mit* der Erkrankung ist möglich. Auch hier rückt das Leben in den Blickpunkt des Geschehens - das Leben ist das Kernstück; die Tatsache der Erkrankung ist eine Randbedingung. Randbedingung bedeutet nicht, dass sie am Rand steht und somit unwichtig ist, sondern es bedeutet, dass sie nicht unmittelbar verändert werden kann. Wir können uns nach ihr richten, aber nicht sie nach unseren Vorstellungen.

Dieses Modell ermöglicht einen anderen Umgang mit den eigenen Gefühlen - besonders jenen der Traurigkeit und Resignation, die im Laufe einer Krebserkrankung natürlich auch auftreten. Im Kampf sind diese Gefühle unangebracht - sie schwächen die Kampfkraft. In Zeiten der Krankheit jedoch haben diese Gefühle einen Platz und können/dürfen zugelassen werden, was einen Akt ihrer Integration darstellt.

Dieses Modell hat ohne Zweifel auch einen psychohygienisch positiven Aspekt: Wenn ich mich als Verbündete im Kampf gegen die Krankheit sehe, werde ich diesen Kampf auf Dauer nicht unbeschadet führen können, weil doch relativ viele Menschen den Kampf verlieren (um im Jargon zu bleiben). Sehe ich mich als Verbündete des Lebens, dann akzeptiere ich dessen Ingredienzien, zu denen auch die (traurigen) Aspekte des Alters, der Krankheit und des Sterbens gehören.

Dieses Modell ermöglicht, wie schon erwähnt, eine andere Art der Auseinandersetzung mit der Krankheit. Auch wenn die meisten Patientinnen, vielleicht unbewusst, vielleicht bewusst, die gängige Zugangsweise übernommen haben, kann ich Patientinnen einen Raum schöpferischer Freiheit bieten, in dem sie diese übernommene Metapher hinterfragen dürfen und nötigenfalls für die eigenen Bedürfnisse, dem eigenen Weltbild entsprechend modellieren können. Durch die Aufhebung des Feindbildes kann ich es meinen Patientinnen auch zumuten, sich mit dem Krebs als Teil der eigenen Persönlichkeit zu identifizieren und dadurch Aspekte in sich neu wahrzunehmen, die, wodurch auch immer, verschüttet, verdrängt, vergessen, unbekannt usw. waren.

Die dargestellten Fallvignetten sind natürlich nur eine Möglichkeit, sind nur kleine Steinchen im großen Mosaik der Arbeit mit Krebskranken. Die Konfrontation ist in Situationen indiziert, in denen das Gefühl der Unsicherheit bei den Patientinnen besonders groß ist, wie z. B. zu Zeiten der Kontrolluntersuchungen, die fast alle Patientinnen als Prüfung erleben. Der Dialog mit dem Krebs erhöht das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und vermindert das Gefühl des Ausgeliefertseins. Der Blick wird auf die Dinge gelenkt, die im Leben wichtig sind und die es (noch) zu erledigen gilt.

Aufgrund dessen ist diese konfrontative Art der Auseinandersetzung auch eine *ressourcenaktivierende Arbeit*. In dem Maße, in dem die „abgespalteten“ Teile wieder in die Persönlichkeit integriert werden, in dem Maße, in dem Blockaden durchlässiger oder sogar abgebaut werden, erhöht sich die Selbstregulationsfähigkeit: die vormals abgespalteten Gefühle, Persönlichkeitsanteile können wieder auf produktive Art in den Dienst des Lebens gestellt werden.

Ein zentraler Punkt in der Gestalttheoretischen Psychotherapie ist die Stärkung der Eigenverantwortlichkeit und des Vertrauens. Es geht um das Finden einer Balance zwischen Eingreifen und Geschehen-lassen, um das Erkennen, wann es richtig ist, das eine zu tun und wann das andere. Es geht darum, im Lebensraum eine fließende Bewegung zuzulassen, eine Ordnung, die sich selbst ordnet.

Um eigenverantwortlich handeln zu können, ist es wichtig, möglichst allen Aspekten die nötige Aufmerksamkeit zukommen zu lassen. Nur dadurch kann erkannt werden, welches die nicht direkt beeinflussbaren Bedingungen sind und welche Möglichkeiten dennoch offen stehen. Der Mensch ist Teil der Welt, seiner phänomenalen Welt, Teil eines umfassenden Ganzen. Er und die Welt sind nicht getrennt: er kann nicht als *Deus ex machina* nach Belieben eingreifen und manipulieren, ist im Gegenzug dem Ganzen auch

nicht ohnmächtig ausgeliefert und von ihm bestimmt. Wir können vielmehr lernen, Bedingungen in uns zu schaffen, die es uns ermöglichen, Entscheidungen im Sinne einer schöpferischen Freiheit zu treffen.

Die vielleicht wichtigsten Aspekte in der Arbeit mit Krebskranken sind die Auseinandersetzung mit der Endlichkeit des Lebens *und* - als Gegenpol und unabdingbares Zweites - die (Wieder-)Entdeckung der Natalität (Arendt 1960).

Wir wissen alle nicht, wann uns der Tod ereilen wird. Doch wir leben, als seien wir unsterblich, als hätten wir unendlich viel Zeit und dies lässt uns unaufmerksam und nachlässig werden. Wir leben, als hätten wir unser Leben im Griff, als könnten wir bestimmen, was passiert. Wir versuchen, die Unsicherheit (den Tod) aus unserem Leben zu verbannen, und sind enttäuscht und erschüttert, wenn sie uns einholt. Es geht nicht darum, wie gebannt ständig auf den Tod zu starren und darüber das Leben zu vergessen, sondern im Gegenteil, das Leben zu leben und die Möglichkeit des Todes nicht auszublenden. Lernen „abschiedlich“ zu leben, wie Verena Kast es formuliert. Eine letzte Deutung ist die Betrachtung des Krebses als Metapher für den Tod. Der Tod will in das Leben integriert werden, er steht uns nicht als Feind, der uns vernichten will, gegenüber. Er steht als Erinnerung, wir mögen das Leben gut leben, wir mögen das tun, was wir zu tun haben, damit wir uns dem Wandel des Lebens zufrieden und vertrauensvoll überlassen können.

Dieser Auseinandersetzung kann als Quelle der Hoffnung, der Freude und auch der Dankbarkeit das Konzept der Natalität, der Gebürtlichkeit, zur Seite gestellt werden (vgl. Galli 2005). Für Hanna Arendt gibt es zwischen Natalität und Hoffnung, der Begabung zur Bewältigung des Unvorhersehbaren und der Unsicherheit einen engen Zusammenhang:

Weil jeder Mensch auf Grund seines Geborenses ein *initium*, ein Anfang und Neuankömmling in der Welt ist, können Menschen Initiative ergreifen, Anfänger werden und Neues in Bewegung setzen. [...] Die Tatsache, daß der Mensch zum Handeln im Sinne des Neuanfangens begabt ist, kann daher nur heißen, daß er sich aller Absehbarkeit und Berechenbarkeit entzieht [...] Und diese Begabung für das schlechthin Unvorhersehbare wiederum beruht ausschließlich auf der Einzigartigkeit, die auf dem alles menschliche Zusammensein begründende Faktum der Natalität beruht, der Gebürtlichkeit, kraft derer jeder Mensch einmal als ein einzigartig Neues in der Welt erschienen ist. (Arendt 1960, S. 166f.)

Literatur

- Annas George J., (1995). Reframing the Debate on Health Care Reform by Replacing Our Metaphors. *The New England Journal of Medicine*, Vol. 332, S. 745-738.
- Arendt Hannah, (1960). *Vita activa oder Vom tätigen Leben*. Stuttgart.
- Aristoteles. *Poetik. Griechisch/Deutsch. Übers. U. Hg. V. Manfred Fuhrmann*. Stuttgart Reclam 1982.
- Barkfelt Judith, (2003). „*Bilder (aus) der Depression.*“ *Metaphorische Episoden über depressive Episoden: Szenarien des Depressionserlebens*. Konstanz: Hartung-Gorre.
- Bertalanffy L. von, (1957). Allgemeine Systemtheorie. *Deutsche Universitätszeitung* 12, S. 8-12.
- Bilek Hans-Peter, (1997). Das Ich, der Hunger und die Aggression. In *Jahrbuch der Psychoonkologie 1997*. S. 149-158. Wien, New York: Springer.
- Bock Herbert, (1981): *Argumentationswert bildhafter Sprache im Dialog. Eine denkpsychologische Untersuchung der Wirkung von auf Analogien beruhenden Sprachbildern als Problemlöseheuristiken in argumentativen Dialogen*. (Dissertation) Frankfurt: Lang.
- Bovbjerg Dana H., (1994). Psychoneuroimmunology: a critical analysis of the implications for psychoimmunotherapy. In: Lewis CE, O'Sullivan C., Barraclough J. (Eds.) (1994): *The psychoimmunology of cancer. Mind and body in the fight for survival*. Oxford: University Press.
- Bowker Judith, (1996). Cancer, Individual Process, and Control: A Case Study in Metaphor Analysis. *Health Communication*, 8/1, S. 91-104.
- Buchholz Michael B., (1996). *Metaphern der Kur. Eine qualitative Studie zum psychotherapeutischen Prozess*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Dembo Tamara, (1931). Der Ärger als dynamisches Problem. *Psychologische Forschung* 15, S. 1-144.
- Eagle Morris N. & Wakefield Jerome C., (2007). Gestalt Psychology and the Mirror Neuron Discovery. *Gestalt Theory* 29/1, S. 59-64.
- Ehrenfels Christian von (1890). Über „Gestaltqualitäten“. In: *Weinhandl* (Hg.) (1974).
- Faller Hermann, (2001). Krankheitsbewältigung und Überlebenszeit bei Krebskranken. Literaturübersicht und Ergebnisse einer Untersuchung mit Lungenkrebspatienten. *Psychotherapeut* 2001/1, S. 20-35.
- Galli Giuseppe, (2005). *Psychologie der sozialen Tugenden*. Wien, Köln, Weimar: Böhlau.

- Goldstein Kurt, (1963). *Der Aufbau des Organismus. Einführung in die Biologie unter besonderer Berücksichtigung der Erfahrungen am kranken Menschen*. Den Haag: Martinus Nijhoff.
- Gerdes Nikolaus, (1984). *Der Sturz aus der normalen Wirklichkeit und die Suche nach Sinn*. Referat auf der 2. Jahrestagung der „Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie e. V.“, 1.11.-4.11.1984. www.dapo-ev.de/ngerdes.html, 10.01.2007.
- Hartmann Matthias S., (1991). *Praktische Psycho-Onkologie. Therapiekonzepte und Anleitungen für Patienten zur psychosozialen Selbsthilfe bei Krebserkrankungen*. München: Verlag J. Pfeiffer.
- Jain Anil K., (2001). Die Psychologie der Metapher und die (vermittelte) „Innerlichkeit“ der Erkenntnis - Metaphorische Ver-Dichtung als Basis einer metaphorischen Heuristik. *Journal für Psychologie*, 9/4, S. 35-47.
- Kappauf Herbert, Gallmeier Walter M., (1995). *Nach der Diagnose Krebs - Leben ist eine Alternative*. Freiburg, Basel, Wien: Herder.
- Kast Verena, (1989). *Der schöpferische Sprung. Vom therapeutischen Umgang mit Krisen*. München: dtv.
- Kast Verena, (1999). *Imagination als Raum der Freiheit. Dialog zwischen Ich und Unbewußtem*. München: dtv.
- Kast Verena, (2006). *Der Schatten in uns. Die subversive Lebenskraft*. München: dtv.
- Kästl Rainer, (1996). Gestalttheoretische Grundlagen der Psychosomatik. *ÖAGP-Informationen* 5/96.
- Kiene Helmut, (2001). *Komplementäre Methodenlehre der klinischen Forschung: Cognition Based Medicine*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Kiene Helmut, Hamre Harald J., Kienle Gunver S., (2004). Der Beitrag der Gestalttheorie zur Methodik der Therapieevaluation. *Gestalt Theory* 26(3), S. 252-264.
- Kleist v. Cornelia, (1987). Zur Verwendung von Metaphern in den Selbstdarstellungen von Psychotherapieklienten. In: Bergold Jarg und Flick Uwe (Hrsg.): *Ein-Sichten. Zugänge zur Sicht des Subjekts mittels qualitativer Forschung*. Tübingen: DGVT.
- Köhler Wolfgang, (1971). *Die Aufgabe der Gestaltpsychologie*. Berlin, New York: Walter de Gruyter.
- Kolk Bessel van der, McFarlane Alexander C., Weisaeth Lars, (2000). *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschungen zu posttraumatischem Streß sowie Traumatherapie*. Paderborn: Junfermann-Verlag.

- Kronberger Nicole, (1999). Schwarzes Loch, geistige Lähmung und Dornröschenschlaf: Ein metaphernanalytischer Beitrag zur Erfassung von Alltagsvorstellungen von Depression. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft. Zeitschrift für qualitative Forschung* 1/2, S. 85-104.
- Küchler Thomas (2003). *Psychoonkologie - Versuch eines Überblicks*. www.uni-kiel.de/qol-center/Referenzzentrum/SeitenMitte/Psychoonk_Ueberbl.html, 05.05.2007.
- Lakoff George, Johnson Mark, (2003). *Leben in Metaphern. Konstruktion und Gebrauch von Sprachbildern*. Carl-Auer-Systeme Verlag. 3. Auflage. (Originalausgabe: *Metaphors we live by*, 1980).
- Lewin Kurt, (1963). *Feldtheorie in den Sozialwissenschaften*. Bern, Stuttgart: Hans Huber Verlag.
- Lewin Kurt, (1969). *Grundzüge der topologischen Psychologie*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Lewin Kurt, (1982). „Feldtheorie“, *Werkausgabe, Band 4*. Bern: Hans Huber Verlag; Stuttgart: Klett-Cotta.
- Lewin Kurt, (1982b). „Psychologie der Entwicklung und Erziehung“, *Werkausgabe, Band 6*. Bern: Hans Huber Verlag; Stuttgart: Klett-Cotta.
- LeShan Lawrence, (1982). *Psychotherapie gegen den Krebs*. Klett-Cotta. (Originalausgabe: *You can fight for your life*, 1977).
- Maturana Humberto, (1982). *Erkennen: Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit*. Braunschweig: Vieweg.
- Meerwein Fritz, Bräutigam Walter (Hrsg.), (1998). *Einführung in die Psycho-Onkologie*. Verlag Hans Huber. 5. überarbeitete Auflage.
- Metzger Wolfgang, (1954, 6. Auflage 2001). *Psychologie. Die Entwicklung ihrer Grundannahmen seit der Einführung des Experiments*. Wien: Krammer Verlag.
- Metzger Wolfgang, (1962). *Schöpferische Freiheit*. Frankfurt/Main: Kramer.
- Metzger Wolfgang, (1986). *Gestalt-Psychologie. Ausgewählte Werke aus den Jahren 1950 bis 1982*, herausgegeben und eingeleitet von Michael Stadler und Heinrich Crabus. Frankfurt: Kramer.
- Moser Karin S., (2001). Metaphernforschung in der Kognitiven Psychologie und in der Sozialpsychologie - eine Review. *Journal für Psychologie*, 9/4, S. 17-34.
- Neumann Karin, (2006). *Lexikon systemischer Interventionen. Psychotherapeutische Techniken in Theorie und Praxis*. Wien: Krammer Verlag.

- Ohlhoff Dörthe, (2002). Das freundliche Selbst und der angreifende Feind. Politische Metaphern und Körperkonzepte in der Wissensvermittlung der Biologie. *Metaphorik.de* 03/2002. www.metaphorik.de/03/ohlhoff.htm, 09.02.2007.
- Penson Richard T., Schapira Lidia, et. al., (2004). Cancer as Metaphor. *The Oncologist* 2004/9, S. 708-716.
- Pratt Carroll C., (1971). Wolfgang Köhler, 1887-1967. In Wolfgang Köhler (1971): *Die Aufgabe der Gestaltpsychologie*, S. 3-22. Berlin, New York: Walter de Gruyter.
- Pröpper Michaela, (2007). *Gestalttherapie mit Krebspatienten. Eine Praxishilfe zur Traumabewältigung*. Peter Hammer Verlag.
- Reisfield Gary M., Wilson George R., (2004). Use of Metaphor in the Discourse on Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 22/19, S. 4024-4027.
- Schmitt Rudolf, (2007). *Fragmente eines kommentierten Lexikons der Alltagspsychologie: Von lichten Momenten, langen Leitungen, lockeren Schrauben und anderen Metaphern für psychische Extremzustände*. www.qualitative-research.net/fqs/beirat/schmitt-1-d_p.html, 22.01.2007.
- Simonton Carl O., Simonton Stephanie Matthews, Creighton James, (1982). *Wieder gesund werden. Eine Anleitung zur Aktivierung der Selbstheilungskräfte für Krebspatienten und ihre Angehörigen*. Wunderlich. Neuausgabe 2002. (Originalausgabe: Getting Well Again, 1978).
- Skott Carola, (2002). Expressive Metaphors in Cancer Narratives. *Cancer Nursing*, 25/3, S. 230-235.
- Statistik Austria, (2004). *Krebsinzidenz und Krebsmortalität in Österreich*.
- Sontag Susan, (1978). *Krankheit als Metapher*. München Wien: Carl Hanser Verlag.
- Teucher Ulrich, (2003). The Therapeutic Psychopoetics of Cancer Metaphors: Challenges in Interdisciplinarity. *History of Intellectual Culture*, 3/1.
- Tholey Paul & Utecht Kaleb, (1997). *Schöpferisch träumen: wie Sie im Schlaf das Leben meistern; der Klartraum als Lebenshilfe*. Eschborn bei Frankfurt/Main: Klotz.
- Tholey Paul, (1989). Die Entfaltung des Bewusstseins als ein Weg zur schöpferischen Freiheit - Vom Träumer zum Krieger. *Bewusst Sein, Vol. 1, No. 1*, S. 25-56
- Tschuschke Volker, (2003). Psychologisch-psychotherapeutische Interventionen bei onkologischen Erkrankungen. *Psychotherapeut* 2003/2, S. 100-108.
- Walter Hans-Jürgen, (1994). *Gestalttheorie und Psychotherapie*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

- Walter Hans-Jürgen, (1996). Was haben Gestalt-Therapie und Gestalttheorie miteinander zu tun? In: Walter H.-J.: *Angewandte Gestalttheorie in Psychotherapie und Psychohygiene*. Opladen: Westdeutscher Verlag. S. 36-50.
- Walter Hans-Jürgen, (2006). Gestalttheorie und „Psychosomatik“ oder hat „Gestalttheoretische Psychotherapie“ etwas „Besonderes“. In Geert-Jan Boudewijnse (Hrsg.): *Das Mentale Paradoxon*. Wien: Krammer Verlag. S. 25-48
- Weis J., Schumacher A., Blettner G., Determann M., Reinert E., Ruffer J.U., Werner A., Weyland P., (2007). Psychoonkologie. Konzepte und Aufgaben einer jungen Fachdisziplin. *Der Onkologe*, 2007/2, S. 185-194.
- Wertheimer Max, (1924). Über Gestalttheorie. Nachdruck in *Gestalt Theory*, 7/2, S. 99-120.